Rok XXXIX. Kraków, 10 Lutego 1900. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.**

O hematynie obojętnej Arnolda.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Każdego, kto się zajmuje lub zajmował spektroskopią barwika krwi, musiała zainteresować praca Dra W. Arnolda[1]), zapowiadająca uzyskanie nowego pochodnego hemoglobiny, t. j. uzyskanie hematyny obojętnej. I na pozór nic naturalniejszego i nic szczególniejszego, jak wytworzenie związku obojętnego, skoro się już od dawna posiada ten sam związek w rozczynie zasadowym i kwaśnym jako zasadową i kwaśną hematynę. Tymczasem na przekór tej ogólnej zasadzie nie zdołano uzyskać hematyny obojętnej, a Hoppe-Seyler ani słowem w swych dziełach nie wspomina o możliwości uzyskania tej odmiany hematyny.

Zajmując się od lat 9-ciu spektroskopią barwika krwi i jego pochodnych, zainteresowałem się żywo doniesieniem Dra Arnolda, tem bardziej, że z pracą tą wystąpił kolega z własnego popędu, nie zmuszony do podobnych badań swym zawodem, jak to ma miejsce np. u lekarzy sądowych. Lecz krótkie było moje zajęcie. Czytając bowiem publikacyę Dra Arnolda doznawałem zwolna rozczarowania, a to z następujących przyczyn: 1) w pracy, mającej na celu wykazanie nowego związku, uderza niemile brak koniecznej ścisłości. Dr. Arnold, zamiast podać dokładnie, t. j. ilościowo, stosunek użytych odczynników względem siebie, przybliżone bodaj zgęszczenie rozczynu użytego do doświadczeń barwika krwi, pisze np. „dolewa się do roztworu methemoglobiny (jakiej? obojętnej, czy zasadowej, jak zgęszczonej, w jaki sposób uzyskanej?), zmięszanego poprzednio z wystarczającą ilością (ileż ona wynosi?) rozczynu (ilu procentowego?) soli obojętnej itd. około (?) $^1/_2$ objęt. wyskoku (ilustopniowego?). Tak samo niedokładnie podany sposób uzyskania wrzekomo nowego związku z hematyny alkalicznej; 2) autor, określając zachowanie się widmowe nowego związku, nie podaje zgęszczenia użytego rozczynu, choć przecie wiadomo, że szerokość smug pochłonnych we widmie zależy także od zgęszczenia badanego rozczynu. Wreszcie należało oznaczyć smugi te przy najmniejszem zgęszczeniu barwika, przy którem smugi te jeszcze z należytą ostrością się uwidaczniały.

Zapoznawszy się z treścią publikacyi Dra Arnolda, powziąłem poważne wątpliwości co do rzeczywistego istnienia jego hematyny obojętnej, albowiem tak sposób jej tworzenia się, podany przez autora, jako też i to w szczególności jej zachowanie się przy ogrzewaniu i następowem oziębianiu rozczynu, jej zabarwienie i widmo przypominały mi pod każdym względem dobrze każdemu znaną hemochromogenę Hoppe-Seylera, czyli hematynę odtlenioną Stokesa. Nie ufając atoli pierwszemu niedowierzaniu, podjąłem badania, celem ścisłego przekonania się o istocie podanej przez Dra Arnolda hematyny obojętnej. Sporządziłem tedy $1^1/_2\%$ rozczyn z krwi świeżej i odwłóknionej. Próbkę tego rozczynu, zmięszaną z $^1/_2$ objętości wody przekroplonej, zbadałem widmowo w Steinheila wielkim przyrządzie (*Universalspektralapparat)* przy użyciu pojedynczego pryzmatu i oznaczyłem położenie smug pochłonnych tego rozczynu oksyhemoglobiny. Dla smugi pierwszej wynosiło $\lambda = 587-570$, dla drugiej smugi $553-529\ \mu\mu$. (Wartości uzyskane przez Dra Arnolda dla rozczynu o nieznanem zgęszczeniu *OHb* wynosiły dla smugi pierwszej $\lambda = 582-571$, dla drugiej 550 do 526). Do 10 sz. c. $1^1/_2\%$ rozczynu krwi (*OHb)* dodałem *in substantia* raz chemicznie czystego *NaCl*, drugi raz siarkanu amonowego w ilości takiej, aby otrzymać rozczyn wysycony, poczem, zamieniwszy oba te rozczyny *OHb* zapomocą dodanych im jednakich a maleńkich kryształków nadżelasinku potasowego na rozczyny obojętnej methemoglobiny i przekonawszy się o istotnej przemianie *OHb* na *Methb* raz po zmianie zabarwienia rozczynu, powtóre po zmianie widma (jedna smuga koło C), dolałem do obu po 5 sz. c. alkoholu 97%. Postępowałem tedy wedle ogólnych wskazówek Dra Arnolda. Z chwilą zetknięcia się obu rozczynów *Methb* z alkoholem zabarwiał się pas graniczny obu płynów jasno-czerwono. Po ostrożnem zmięszaniu rozczynów zabarwienie to rozszerzało się na cały rozczyn, który począł atoli rychło stawać się mętnym. Po dłuższem jego staniu (24 godzin) zbierał się na spodzie naczynia trzęski strąt, zabarwiony czerwonawo, rozczyn zaś ponad nim wyjaśniał się i okazywał zabarwienie jasno-czerwone, wielce podobne do rozczynu $1^1/_2\%$ *OHb* + $^1/_2$ objętości wody przekroplonej. Badanie widmowe, dokonane zaraz po zmięszaniu rozczynu *Methb* z alkoholem, wykazywało dwie smugi wrzekomej hematyny obojętnej, obie w porównaniu z smugami *OHb* przesunięte do fioletowego końca widma, z których pierwsza wyrazistsza i ciemniejsza, położona między *D* i *E*, prawie w ich środku, nieco tylko bliżej *D*, druga zaś więcej rozlana i jaśniejsza, położona na *E* i sięgająca jednako szeroko ku *D*, jak i poza *E*, względnie poza *b*. Pas niebieski widma był mało pochłonięty i ztąd widoczny. Położenie obu smug, oznaczone w podanym poprzednio przyrządzie, równało się dla pierwszej smugi $\lambda = 576-561$, dla drugiej $\lambda = 549-522$. Nawiasem dodaję, że wszystkie moje oznaczenia położeń smug odbywały się przy tej samej szerokości szczeliny, przepuszczającej do przyrządu światło. Położenie

[1]) „O widmie hematyny obojętnej“. (*Przegl. lek.*, 1899, Nr. 52).

tych smug wrzekomej hematyny obojętnej, wedle Arnolda, wynosiło w rozczynach o niepodanem zgęszczeniu dla smugi pierwszej λ = 575—556, dla drugiej 546—517. W ten sposób przygotowane rozczyny wrzekomej hematyny obojętnej zagotowywałem aż do wrzenia zaraz po ich zbadaniu w przyrządzie widmowym, a to w celu przekonania się o zmianie, zachodzącej wówczas w rozczynie wedle podania Dra Arnolda. Z chwilą zagotowania zamieniały rozczyny poprzednie swe zabarwienie czerwone na więcej brązowe; badane zaś w przyrządzie widmowym okazywały słabą smugę hematyny zasadowej. Po oziębieniu ich czerwieniły się napowrót i okazywały widmo poprzednie wrzekomej hematyny obojętnej, złożone z dwóch smug.

Wspomniałem już poprzednio, że mimo wysycenia rozczynów *Methb* solą obojętną, mąciły się one wkrótce po dolaniu do nich wyskoku i że po dłuższem staniu osadzał się na dnie naczynia trzęski, czerwonawy strąt. Otóż badałem te rozczyny po odstaniu się strątu (po 24 godzinach) w przyrządzie widmowym, a wówczas stwierdzałem tę zmianę, że smuga druga wrzekomej hematyny obojętnej była prawie niedostrzegalną, gdy smuga pierwsza była jeszcze dość wyraźną. Okoliczność powyższa, łącznie z wyraźnem (stwierdzonem przez porównanie barwy odstałego rozczynu z barwą rozczynu świeżo sporządzonego) zmniejszeniem się natężenia zabarwienia rozczynu, dowodziły, że rozczyn utracił nieco barwika przez osadzenie się go w opadłym strącie. Szczegół ten, co do zniknięcia drugiej smugi przy zmniejszeniu się zgęszczenia rozczynu po jego odstaniu, nie jest bez znaczenia, jak to w dalszym ciągu nadmienię.

Ukończywszy powyższe doświadczenia z rzekomą hematyną obojętną, otrzymaną z rozczynu *Methb*, przystąpiłem do sporządzenia jej w myśl podania Dra Arnolda z hematyny alkalicznej. W tym celu sporządziłem $1^1/_2$% rozczyn wyskokowy krwi, przyczem wyskok był poprzednio zaprawiony ługiem potasowym *in substantia*. Po zagotowaniu i przesączeniu tego rozczynu zasadowej hematyny, następnie po dokładnem jego oziębieniu, zobojętniałem go kwasem solnym. Z chwilą zobojętnienia stawał się rozczyn z brunatnego jasno-czerwonym, podobnym zupełnie z barwy do rozczynów *Methb*, zaprawionych solą obojętną i wyskokiem. Zachowanie się jego widmowe oraz kolorystyczne, przy ogrzaniu do wrzenia i oziębieniu, było identyczne z zachowaniem się poprzednich rozczynów, sporządzonych z *Methb*.

Ponieważ już po odczytaniu publikacyi Dra Arnolda wyrobiło się we mnie przekonanie, że owe rozczyny obojętnej hematyny Arnolda są rozczynami dobrze wszystkim znanej hemochromogeny Hoppego-Seylera, czyli hematyny odtlenionej Stokesa, przeto sporządziłem sobie rozczyny tejże w celu porównania ich z poprzedniemi wrzekomej hematyny obojętnej Arnolda. W pracy Dra Arnolda uderzyła mnie ta jego nieostrożność, że sądząc, iż wykrywa nowy związek i wiedząc, iż ten wrzekomo nowy związek daje widmo tem się od widma *OHb* różniące, że obie jego smugi są w stosunku do obu smug *OHb* przesunięte do fioletowego końca widma, nie starał się przekonać, czy nie ma dotychczas takiego pochodnego barwika krwi, któryby się podobnie zachowywał widmowo względem widma *OHb*. Gdyby był zaglądnął do pierwszego lepszego podręcznika fizyologii, chemii lekarskiej lub medycyny sądowej, byłby się przekonał, że taki pochodny barwika krwi znany jest od dawna pod nazwą Hoppego-Seylera hemochromogeny lub Stokesa hematyny odtlenionej, a to skłoniłoby go do porównania swej wrzekomej hematyny obojętnej z hemochromogeną i, co za tem idzie, do zaniechania ogłoszenia swej obojętnej hematyny.

Rozczyny hemochromogeny sporządzałem w sposób następujący: do 10 sz. c. $1^1/_2$% rozczynu świeżej odwłóknionej krwi dodawałem 3 sz. c. 10% wodnego *KOH*, rozczyn ten zagotowywałem, potem oziębiałem, a przekonawszy się tak po zmianie barwy rozczynu na brunatną, jak i po charakterystycznem widmie, że mam rozczyn hematyny alkalicznej, dodawałem do rozczynu 2 sz. c. żółtego pięciosiarczku amonowego. Rozczyn zmieniał teraz w tej chwili swą barwę brunatną na jasnoczerwoną, która w zupełności była tą samą, co poprzednich świeżych rozczynów wrzekomej hematyny obojętnej Arnolda, sporządzonych dla kontroli w tem samem zgęszczeniu i stosunku z *Methb* (10 sz. c. rozczynu $1^1/_2$% krwi + mały kryształek nadżelasinku potasu + sól obojętna *in substantia* do wysycenia + 5 sz. c. alkoholu) lub z hematyny zasadowej ($1^1/_2$% rozczynu wyskokowego krwi + *KOH in substantia* + krople *HCl* dla zobojętnienia).

Badanie widmowe tego rozczynu wykazywało typowe widmo hemochromogeny, złożone z dwóch smug, położonych i zachowujących się zupełnie tak samo, jak smugi wrzekomej hematyny obojętnej. Jednak muszę nadmienić, że rozczyny hemochromogeny, przyrządzone w powyższy sposób, nie mąciły się wcale nawet po dłuższym czasie; toteż jako jaśniejsze, a raczej przejrzystsze, dawały widmo wyrazistsze o wiele, niż rozczyny wrzekomej hematyny obojętnej. Tem tłómaczyć należy, że położenie smug tych rozczynów hemochromogeny, oznaczone długością fal, wykazywało pewne, choć nieznaczne, różnice w stosunku do oznaczonych poprzednio położeń smug wrzekomej hematyny obojętnej. Położenie smugi pierwszej wynosiło λ = 570 — 560, drugiej λ = 541 — 523 [1]), zatem było ono identyczne z położeniem smug widma wrzekomej hematyny obojętnej. Teraz zagotowałem do wrzenia rozczyn hemochromogeny i przekonałem się, że zaraz pociemniał, zbrązowiał i dawał widmo zasadowej hematyny, po oziębieniu zaś czerwienił się napowrót i okazywał poprzednie widmo hemochromogeny. Tak więc nie mogło już podlegać najmniejszej wątpliwości, że opisana przez Dra Arnolda hematyna obojętna jest niczem innem, jak dawno nam znaną hemochromogeną Hoppego-Seylera, czyli hematyną odtlenioną Stokesa.

Jakżeż atoli wytłomaczyć sobie jej powstanie przy postępowaniu, podanem przez Arnolda? Arnold uzyskał ją albo z *Methb.*, lub z zasadowej hematyny działaniem wyskoku. W pierwszym razie zmieniał dolany wyskok methemoglobinę, „ein häufig auftrefendes Zwischenprodukt der spontanen Umwandlung des Haemoglobins in Haematin und Albuminstoffe [2])“ jako taką łatwo na hematynę, która częściowo utrzymywała się w rozczynie obojętnym, częścią zaś opadała wraz z strątem białka (stąd szybkie mącenie

---

[1]) Położenie smug wrzekomej hematyny obojętnej wynosiło dla pierwszej λ = 576 — 561, dla drugiej λ = 549 — 522.

[2]) Hoppe-Seyler. Handb. der physiol.- und patholog-chemischen Analyse. V. Berlin 1883, str. 296.

się rozczynów Arnolda); wytworzoną zaś w ten sposób hematynę (oksyhematynę) odleniał wyskok natychmiast. W rozczynie zobojętnionym hematyny odtleniał ją wyskok, użyty do jej sporządzenia, również natychmiast na hemochromogenę. Że zaś wyskok posiada własność odtleniania ciał, o tem wiemy od dawna. Zachodzi tylko pytanie, jaką rolę odgrywają w rozczynach Arnolda dodawane sole obojętne (sól kuchenna, siarkan amonowy itd.), względnie zobojętnianie rozczynów zasadowej hematyny? Ażeby się przekonać, jaki wpływ ma dodatek tych soli obojętnych do rozczynów *Methb* w chwili dolania do nich wyskoku, wykonałem doświadczenia w ten sposób, że do 10 sz. c. $1^1/_2$ % rozczynu *Methb* dolałem wprost 5 sz. c. wyskoku 97%, nie dodając wcale tych soli. I oto skutek był ten sam, co przy dodaniu powyższych soli; tak więc okazuje się, że dodane sole obojętne do rozczynów *Methb* nie wpływają bynajmniej na wytworzoną potem wyskokiem hemochromogenę czyli, że dodatek tych soli obojętnych jest w tym przypadku w istocie zupełnie obojętnym. Inaczej ma się rzecz przy użyciu rozczynu zasadowej hematyny; tu silnie zasadowy odczyn przeszkadza wyskokowi, bądźcobądź słabiej odtleniającemu, niż siarczek amonowy na szybką redukcyę hematyny i dlatego zachodzi potrzeba zobojętnienia jej rozczynu.

W ten sposób byłbym już u końca mych doświadczalnych wywodów; nie chcąc atoli na własnych tylko polegać spostrzeżeniach, pozwolę sobie zwrócić uwagę Dra Arnolda na następujące szczegóły, przytoczone z dzieła Hoppego-Seylera, aby go dowodnie o błędzie jego przekonać. I tak proszę porównać z rysunkiem widma wrzekomej hematyny obojętnej Arnolda, podanym w jego pracy, następujący opis widma hemochromogeny, podany przez Hoppego-Seylera[1]): „Bei genügender Verdünnung (rozczynu hemochromogeny) zeigen sich bei der Spektraluntersuchung zwei sehr deutliche Absorptionsstreifen, von denen der eine tief schwarze Streifen zwischen *D* und *E*, etwas näher an *D* als an *E*, doch fast in der Mitte zwischen beiden Liniengruppen steht, während der andere nicht so dunkle und bei der Verdünnung (patrz poprzednie moje wywody o odstałym rozczynie wrzekomej hematyny obojętnej) der Lösung früher verschwindende Streifen auf der Liniengruppe *E* liegt, sich bis oder über *b* ausbreitet und ungefähr eben so weit auch von *E* nach *D* hin....... Das blaue Licht bis *G* hin ist sehr wenig absorbirt“.

Co do barwy hemochromogeny, określa ją Hoppe-Seyler jako „kirschroth[2])“; co się zaś tyczy uzyskania jej działaniem wyskoku, zatem w sposób opisany przez Arnolda, pisze Hoppe-Seyler[3]): „Hämochromogen bildet sich sehr häufig in Spirituspraeparaten von Pankreas, Leber, Milz, Muskeln. Übergiesst man die Organe im Ganzen oder auch nach ihrer Zerkleinerung mit Alkohol und lässt ohne Umrühren einige Tage stehen, so zeigen sich die unteren Schichten rosenroth bis purpurroth, die oberen grau bis bräunlich und die spektroskopische Untersuchung des reflectirten Lichtes ergiebt in den rothen unteren Schichten die Spektralstreifen des Hämochromogen mit aller Schärfe“.

[1]) *l. c.* str. 237.
[2]) *l. c.* str. 237.
[3]) *l. c.* str. 238.

Wreszcze o zachowaniu się rozczynów hemochromogeny przy gotowaniu ich i oziębianiu, o którem wielokrotnie mieliśmy sposobność przekonać się z prof. Sieradzkim przy sposobności naszych doświadczeń nad zaczadzeniem, pisze Hoppe-Seyler[1]) w ten sposób: „Durch Erhitzen der Lösung von Hämochromogen in hinreichend starker Alkalilauge auf 100° C wird das Hämochromogen als violettgrauer Niederschlag abgeschieden, der sich nach dem Erkalten theilweise oder ganz löst“.

Kończąc moje wywody, uczynione jedynie w imię szukania prawdy naukowej, muszę przyznać, że praca moja była nieprodukcyjna, gdyż sprowadzając wrzekomo nowe zdobycze między dawno znane i niwecząc nadzieję młodego badacza, potwierdziła ona tylko stary aksiomat sędziwego Ben Akiby: „to wszystko już tu było“ *).

II. Z c. k. Szkoły położnych i oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dr. A. Czyżewicza we Lwowie.

O ciąży i porodzie powikłanym guzami jajników i macicy

podał

Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galic. w d. 15 grudnia 1899).

Jeżeli która z trudnych spraw położniczo-ginekologicznych potrzebuje wyświecenia, to jest nią niezawodnie sprawa guzów, wikłających poród. Do dzisiaj nie posiadamy jeszcze stałych wskazówek dla postępowania położnika, jeżeli ma do czynienia z porodem, powikłanym z guzami. Jak niepewnem jest jeszcze dzisiejsze postępowanie i z jakiemi niebezpieczeństwami może być połączony poród powikłany guzami, dowodzi tego zeszłoroczna publikacya Brüningsa (1) z kliniki położniczo-ginekologicznej w Monachium. Zbyt daleko zaprowadziłoby to mnie, gdybym chciał przytaczać poszczególne zapatrywania wszystkich autorów. Będę się zatem tylko starał odźwierciedlić krótko najnowsze poglądy i dorzucić z własnego doświadczenia kilka uwag, które mi się nasuwają.

Podczas gdy rozpoznanie ciąży powikłanej guzami torbielowymi jajnika rzadko tylko jest nie łatwem, to znanemi są trudności rozpoznawcze przy mięśniakowłókniakach macicy. Olshausen (2) uważa rozpoznanie ciąży przy mięśniakowłókniakach macicy prawie zawsze za rzecz trudną. Tyłopochylenie macicy ciężarnej często łatwo pomięszać z mięśniakowłókniakiem, wychodzącym z tylnej ściany macicy. Fritsch (3), świadomy tych trudności rozpoznawczych, sądzi, że „mylne rozpoznanie i błędne leczenie pozbawi w przyszłości jeszcze niejedną kobietę życia“. Fritsch opisuje także przypadek, w którym rozpoznał u rodzącej ciążę zamaciczną. Główkę płodu znalazł F. w jamie Douglasa, a macicę wielkości dwóch pięści nad spojeniem łonowem. Tymczasem pokazało się, że płód leżał w macicy, a włókniak wielkości główki płodu, usadowiony w przedniej ścianie szyi macicy, był powodem, iż główka płodu rozszerzyła

[1]) Ten sam podręcznik lecz VI wydanie. Berlin 1893, str. 214—215.
*) Dr. Arnold zawiadamia, że zarzuty, poczynione w artykule prof. Wachholza jego badaniom i wnioskom, odeprze w jednym z najbliższych numerów »Przeglądu Lekarskiego«.

tylną ścianę szyi macicy tak, że Fritsch zmuszony był przypuścić, że główka płodu znajduje się w jamie Douglasa, podczas gdy próżna powiększona macica leży ku przodowi. Położnica zmarła w 24 godzin po porodzie, zakończonym obrotem. — R. v. Braun-Fernwald (4) opisuje przypadek, w którym rozpoznano podczas porodu torbiel skórzakowy (*dermatoma)*, podczas gdy laparotomia wykazała, że był to uwięznięty w jamie Douglasa lewy róg macicy ciężarnej dwurożnej, w której rogu prawym płód leżał.

Tych parę przykładów rzuca dostateczne światło na trudności, wśród których nieraz rozpoznajemy. Trudności te potęgują się zazwyczaj w dalszym przebiegu porodu, a co najgorsze, że do namysłu pozostaje zwykle tylko nie wiele czasu. Jeżeli gdzie, to tutaj, zawisł los matki i płodu od dobrego rozpoznania, gdyż najczęściej szybko działać trzeba.

Wywołanie poronienia lub wczesnego porodu nie wchodzi już dzisiaj prawie w rachubę, gdyż udoskonalenie techniki operacyjnej zmniejszyło znakomicie niebezpieczeństwo wszystkich operacyj radykalnych. Wogóle zatem postępujemy tak, jak gdyby chora nie była w ciąży. A więc guzy jajnika powinny być i podczas ciąży bezzwłocznie operowane, tem bardziej, że laparotomia tylko dość rzadko przerywa ciążę. Wśród moich trzech owariotomij, wykonanych podczas ciąży, nie nastąpiło ani razu poronienie.

Przy mięśniakowłókniakach macicy przeciwnie czekamy zwykle do końca ciąży, chyba że wystąpią objawy, które nas zniewolą do przyspieszenia operacyi, np. zaklinowanie guza w miednicy małej, a jako następstwo obawa martwicy *(necrosis)*, zapalenie otrzewnej, puchlina nerkowa *(hydronephrosis)* i t. d. Z guzami podczas ciąży możemy zatem uławić się w niewielu słowach. Bez porównania bardziej zawiłymi są stosunki podczas porodu. Ponieważ tylko rzadko możemy mieć pewność, czy treść torbiela jest ropną lub nie, więc musimy uważać nakłócie guza przez pochwę podczas porodu, jako niebezpieczne z powodu łatwości zakażenia części rodnych i otrzewnej. Ilustracyą niebezpieczeństwa nakłócia są przypadki, ogłoszone przez Brüningsa (l. c.). W pierwszym z nich musiano wykonać radykalną operacyę guza w późniejszym czasie po nakłóciu i porodzie, wśród trudniejszych warunków, a w drugim przypadku położnica zginęła na zapalenie otrzewnej. Wobec aseptyki, dzisiejszej techniki, tudzież względnej niewinności nawet ciężkich operacyj musimy twierdzić, że nakłócie przez pochwę guza chełboczącego podczas porodu, zaklinowanego w miednicy małej, a niedającego się odprowadzić, jest błędem chirurgicznym. Tylko lekarzowi, będącemu zdala od zakładów fachowych i zmuszonemu do bezzwłocznego działania, np. z powodu niebezpieczeństwa pęknięcia macicy, wolno wykonać nakłócie guza przez pochwę. Zresztą zaś laparotomia jest zawsze wskazaną. Zgadzam się więc z R. v. Braun-Fernwaldem (l. c.), który w przypadkach guzów jajnika, nie dających się odprowadzić podczas porodu, przedewszystkiem laparotomię zaleca, a muszę sprzeciwić się, jakkolwiek dziś modnemu, dążeniu, które między innymi propagują Pfannenstiel (5) i Brünings (l. c.), będący zwolennikami operowania przez pochwę torbielów jajnika, wikłających poród, radząc dopiero wtedy wykonać laparotomię, jeżeli operacya przez pochwę okaże się niemożliwą.

Co się zaś tyczy mięśniakowłókniaków macicy, należy przedewszystkiem o tem pamiętać, że poród odbywa się bardzo często bez wszelkich trudności, tembardziej, że mięśniakowłókniaki macicy ulegają czasem podczas porodu rozmiękczeniu (obrzękowi) i przystosowaniu się akkomodacyi) lub dobrowolnie usuwają się ponad miednicę małą *(repositio spontanea)*. Czy mięśniakowłókniaki macicy stanowią przeszkodę porodową, zawisło to przedewszystkiem od ich usadowienia się. Najniekorzystniejszymi są te, które wychodzą z tylnej ściany szyi macicy. Tutaj jest operacya nieunikniona, a co do sposobu operowania, to prawie zawsze wskazaną laparotomia, mianowicie cięcie cesarskie w połączeniu z amputacyą lub całkowitem wycięciem macicy. Tylko nieduże i całkiem nizko w szyi lub części pochwowej macicy usadowione, a więc łatwo dostępne mięśniakowłókniaki nadają się do wyłuszczenia przez pochwę. I tak już szczupłe granice operacyi mięśniakowłókniaków macicy przez pochwę zacieśniają się jeszcze bardziej podczas porodu, z powodu zwiększonego niebezpieczeństwa krwotoku i trudności jego tamowania. Trzeci przypadek Brüningsa (l. c.) jest dowodem tych niebezpieczeństw i trudności i jakkolwiek B. przypisuje śmierć matki stłuszczeniu serca, to mimowoli nasuwa się przekonanie, że niepomyślny wynik był następstwem wyczerpującej przeszło dwugodzinnej operacyi przez pochwę, której ofiarą także dziecko padło.

W r. b. miałem sposobność leczenia dwóch przypadków, należących do tej kategoryi.

I. *O. R.* z Cieniawy w Galicyi, l. 29, żona zarobnika. Rodziła 5 razy, ostatni poród przed dwoma laty. Ostatnia miesiączka w styczniu b. r., do stycznia miesiączkowała zawsze regularnie. Przez cały czas ciąży była zdrowa, przed kilkoma tygodniami zaś zaczął się brzuch mocno powiększać i od tego czasu czuje bóle w brzuchu i w krzyżach, cierpi na zaparcie stolca i musi często mocz oddawać.

W chwili pierwszych oględzin w sali porodowej 13 sierpnia przedstawiała chora obraz bardzo poważny. Język suchy, ciepłota 38·1, tętno 120, miękie, stan odżywienia lichy, częste wymioty. Brzuch bardzo powiększony i silnie napięty. Przez powłoki brzuszne czuje się wszędzie bardzo wyraźne, wielkofaliste chełbotanie, wypuk wszędzie przytłumiony, jawnieje tylko poniekąd w dołku podsercowym; zmiana ułożenia chorej nie wywołuje żadnych zmian wypukowych. Z powodu nader silnego napięcia powłok brzusznych nie można wyczuć granic guza. Tylna ściana i sklepienie pochwy wypukla się nader silnie ku dołowi i przodowi tak, że światło pochwy przedstawia się jako wązka szczelina między spojeniem łonowem a największą wypukłością guza, który zaklinował się swoim dolnym odcinkiem w jamie D. uglasa. Z powodu nader silnego napięcia nie można wykazać przez pochwę chełbotania. W wysokości wchodu miednicy wyczuwa się pęcherz płodowy, a przez takowy tylko bardzo niewyraźnie małą, balotującą główkę nad wchodem miednicy. Brzegu ujścia zewnętrznego macicy nie można wcale dosięgnąć.

Wynik badania wykazuje zatem, że mamy do czynienia z kobietą rodzącą w 7-mym miesiącu ciąży, a prócz tego z potężnym guzem, zawierającym płyn, będący prawdopodobnie torbielem jajnika, który tak mocno zaklinował się swoim dolnym odcinkiem w miednicy małej, że stanowi przeszkodę porodową nawet dla płodu 7-miesięcznego.

Po nieudanej, ostrożnej próbie wysunięcia guza ponad wchód miednicy w ułożeniu kolanowo-łokciowem, uśpiono rodzącą w tym celu, by przekonać się, czy się uda przeprowadzić ręką między tylną ścianą pochwy a spojeniem łonowem, ażeby wykonać obrót płodu na nóżkę i ukończyć poród drogą naturalną. Wśród największej ostrożności udało się przedostać ręką przez najwęższą część pochwy i wykonać obrót; ponieważ jednak ujście macicy przepuszczało dopiero 4 palce, więc dokonano wyjęcia płodu bardzo powoli, w przeciągu pół godziny, pociągając lekko za nóżkę. Płód żywy, 40 ctm. długi, waży 1400 grm. Po wyjęciu płodu wystąpił silny krwotok, a ponieważ prawie niezmienione napięcie powłok brzusznych nie dozwalało i teraz wyczuć dna macicy, a z drugiej strony należało się obawiać przedarcia ścian guza tem bardziej, że co do treści jego trzeba było z góry mieć podejrzenie

czy nie jest ropną, więc nie zastosowano rękoczynu Credégo, lecz wyjęto łożysko ręką. Ponieważ krwotok trwał dalej, więc przekonawszy się o świeżem naddarciu części pochwowej po stronie lewej, założono trzy szwy węzełkowe i wytamponowano macicę gazą jodoformową, by nie narażać osłabionej chorej na zbyteczną utratę krwi. Następnego dnia wyjęto gazę jodoformową i uzyskano dwa obfite stolce zapomocą lejka Hegara. W następnych dniach odchody połogowe były czyste, tętno 120. język jeszcze ciągle suchy, ciepłota w godzinach wieczornych między 38—39° C. Wymioty powtarzają się kilka razy dziennie, stolce częste, czasem rzadkie. Stan taki utrzymuje się do 20 sierpnia, w którym to dniu badanie przez pochwę i kiszkę stolcową wykazuje, że guz jest ustalony swym dolnym odcinkiem w miednicy małej, tak samo, jak przed porodem. Brzuch boleśny, trochę mniej napięty, niż przed porodem, mimo to nie można wyczuć dna macicy, tylko wszędzie wielkofaliste chełbotanie guza. Stłumienie wypukowe sięga trzy palce ponad linię pępkową. Nawet przy ostrożnem dotykaniu brzucha występuje odbijanie się i skłonność do wymiotów. Wobec tego postanowiłem nie zwlekać dłużej z operacyą i przystąpiłem 21 sierpnia do laparotomii. Podczas oddzielania otrzewnej ściennej, ściśle przyrośniętej do przedniej ściany guza, pękła niespodzianie ściana jego i wielka ilość nader silnie cuchnącej ropy (około 6 litrów) wylała się na zewnątrz. Po przekonaniu się, że ściana guza w obrębie jamy brzusznej jest ściśle przyrośniętą do otrzewnej powłok brzusznych, można było być spokojnym, że nie nastąpi zakażenie jamy brzusznej. W dnie jamy guza, więcej od przodu, nad wchodem miednicy rysują się obrysy (kontury) trzonu powiększonej macicy. Po dokładnem wymaczaniu ropy zapomocą kompresów, założono do wnętrza guza sączek z gazy wyjałowionej, a na powłoki brzuszne lekko uciskający opatrunek.

W kilka dni po operacyi ustąpiła gorączka i wszystkie groźne objawy, gojenie jednak trwało długo i dopiero po dwóch miesiącach chora uleczona mogła opuścić oddział; — badanie wykazuje jednak, że w jamie Douglasa znajduje się twardy, jakkolwiek nieboleśny, naciek.

Wynik operacyi nie wyświecił bynajmniej niepewności co do pochodzenia guza. Musimy się zatem zadowolnić najprawdopodobniejszem przypuszczeniem, że w przypadku tym mieliśmy do czynienia z torbielem jajnika, który podczas ciąży uległ zropieniu, najprawdopodobniej z powodu ucisku ze strony ciężarnej macicy lub okręcenia się szypuły.

(Dokończenie nastąpi)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z rozpraw w Towarzystwie lekar. krak., dotyczących niezwykłego przebiegu choroby śp. Dr. Napoleona Kostaneckiego.

Kol. profesor Bujwid: Zanim przedstawię **wyniki badań bakteryologicznych,** odnoszących się do przypadku, o którym mówić zamierzam, sądzę, że naprzód należy wyjaśnić okoliczności, które rzecz samą poprzedziły.

Śp. Dr. Napoleon Kostanecki pracował w Zakładzie Higieny od lat dwóch. W r. z. ogłosił wspólnie pracę ze mną o gruźlicy wrzekomej, która była owocem licznych doświadczeń i mozolnych studyów, oraz napisał pracę z dziedziny bakteryologii, nagrodzoną na konkursie przez Wydział Lekarski Uniw. Jagiellońskiego. Jako dokładnie obznajomiony z metodami badań bakteryologicznych, przytem ścisły i ostrożny w spostrzeżeniach, począł wkrótce opracowywać wspólnie ze mną różne trudniejsze sprawy bakteryologiczne i w roku zeszłym od m. września rozpoczęliśmy pracę nad zarazkiem dżumowym, w celu otrzymania szczepionki, a następnie i surowicy przeciwdżumowej. Badania te przedsięwzięte zostały po zawiadomieniu p. Namiestnika, oraz po otrzymaniu zasadniczej zgody ze strony Ministerstwa spraw wewnętrznych. A do badań tych przynagliła mnie potrzeba w obec szerzącej się dżumy na wschodzie, zachodzie i południu Europy, sporadycznych wypadków w Londynie i Tryeście, i silnem rozszerzeniu się dżumy w Oporto. Już i nasi lekarze zaczęli myśleć o środkach zaradczych. Jeden z nich zgłosił się w październiku z kategorycznem zapytaniem, co będzie, gdy u nas dżuma wybuchnie i kto o tem myśli.

Ani ja, ani Dr. Kostanecki nie mogliśmy przed rozpoczęciem doświadczeń poddać się szczepieniu ochronnemu. Pomimo bowiem dwukrotnego odwoływania się do Instytutu Pasteura — otrzymaliśmy odpowiedź, że surowicy brak. Tem też ostrożniej doświadczenia były prowadzone. Jedyna flaszeczka surowicy, jaką posiadałem od 2 lat w Zakładzie, zostawiona została na przypadek, gdyby który z nas dwu przy doświadczeniu uległ przypadkowemu skaleczeniu.

Zarazek dżumy, z którym doświadczenia prowadzono, pochodził z Indyi; otrzymałem go przez pośrednictwo prof. Nenckiego przed 3 laty. Przez ten cały czas hodowany był w Zakładzie i co miesiąc wespół z innemi bakteryami szczepiony. Gdyśmy w r. zeszłym do doświadczeń przystąpili, okazał się bardzo słabym tak, iż nie zabijał w małych dawkach myszy, ani szczurów białych. Rozpocząłem jego wzmacnianie, co się częściowo udało po przeprowadzeniu zarazka za pomocą szczepienia podskórnego przez 24 zwierzęta. Doświadczenia wykonywaliśmy częściowo wspólnie, częściowo osobno. Trzy ostatnie, poczynając od d. 9/I, 1900 r. robiłem ja sam Zwierzęta po doświadczeniu były zaraz za pomocą 100 C niszczone.

Ponieważ doświadczenia wymagały ostrożności, zaś w Zakładzie higieny nie było odpowiedniego pomieszczenia osobnego, dlatego umieściłem zwierzęta w osobnym pokoju sąsiedniego domu, należącego do Zakładu badania środków spożywczych, a będącego również pod mojem kierownictwem. Zabezpieczenie zwierząt było zupełne, gdyż pokój był pod zamknięciem, wstęp mieliśmy tylko my dwaj ze służącym.

Wstęp ten cokolwiek przydługi musiał być jednak dany dla wykazania wszystkich przedsięwziętych ostrożności. Zaniechaną została jedna, tj. zaszczepienie ochronne surowicą, a to z powodu jej braku. I muszę tu zaznaczyć, że ta okoliczność stała mi ciągle w pamięci, i dlatego wszystkie doświadczenia trudniejsze, przy których zakażenie było łatwiejsze, wykonałem ja sam tylko w obecności lub przy pomocy śp. Kostaneckiego. Ze względu na ostrożności przedsięwzięte, przypuszczenie możliwości zakażenia było tutaj wykluczone. Zakażenie przez powietrze nie przenosi się bowiem, — chyba z wydzieliną bezpośrednią (kaszlową). Mogłoby być tylko zakażenie przez skaleczenie, — wówczas jednak musiałyby wystąpić charakterystyczne obrzęki i ból gruczołów chłonnych, odpowiadających miejscu wejścia zarazka.

W d. 14 stycznia dowiedziałem się o nagłej chorobie śp. Kostaneckiego. Na drugi dzień znalazłem go w gorączce o ciepłocie blizkiej 40° C. Chory zupełnie przytomny, sucho kaszle, żali się na drażnienie i ból w okolicy tchawicy. W przeddzień miał silne dreszcze. Czuje się dosyć silnym i zbiera się jutro do roboty; robi jednak wrażenie ciężko chorego. Wieczorem tegoż dnia obfite poty, bez spadku ciepłoty. Wezwano kol. prof. Pareńskiego, który wziął chorego w opiekę. Na drugi dzień ciepłota nieco niższa, — 39° C., poty ciągłe i kaszel. Plwocina chwilami z drobnemi żyłkami krwi.

Badanie mikroskopowe wykazuje w niej liczne paciorkowce i laseczki, podobne do bakteryj grypowych *(Influenza)*. Zrobiono hodowle na agarze zwykłym, oraz na agarze powleczonym krwią świeżą królika (w celu wyhodowania b. grypowych). Tymczasem chory dnia tego i następnego, tj. 3go, ma się coraz gorzej, serce bardzo słabnie. Prof. Pareński wykrył prawostronny wysięk opłucnowy, oraz zapalne ognisko w płucu prawem. Plwocina przybiera charakter nieco surowiczy, niekiedy, — obrzękowy.

Chwilami nasuwały mi się obawy o zakażeniu dżumowem. Obaw tych nikomu nie wypowiedziałem, ale zarządziłem odosobnienie możliwe chorego od osób zdrowych, przychodzić do niego mogła tylko żona i lekarz kuzyn, Dr. Steuermark, oraz inni lekarze, a jednocześnie poleciłem ni-

szczyć plwocinę, ostrzegając przed jej możliwą szkodliwością. O godz. 10 w środę, d. 17-go, gdy stan chorego był bardzo groźny, wspólnie z prof. Pareńskim, Dr. Drobą, Kaczkowskim, Latkowskim, Miszewskim i Wachtlem omawialiśmy, czy nie może być tutaj zakażenia dżumowego. Kliniczne objawy zupełnie nie odpowiadały tej chorobie. Brak był przedewszystkiem charakterystycznych objawów: wymiotów, utraty świadomości, zapalenia spojówki, nie było również obrzęku i bólu gruczołów, który to objaw jakkolwiek nie stały, to jednak często się zdarza. Były natomiast opryszczki — *(herpes)*, którego stale brakuje w dżumie. Omawiając wspólnie rodzaj i sposób wykonywania doświadczeń, również mogliśmy wykluczyć takie zakażenie. Wobec nietypowości przypadku, postanowiliśmy jednak zachować ostrożność i przedewszystkiem dokładnie zbadać otrzymane hodowle z plwociny. Te zacząłem badać o godz. 12 w nocy tegoż dnia. Badanie trwało godzinę. Znalazłem obfite paciorkowce, bakterye podobne do grypowych, oraz gdzieniegdzie postacie, które nasuwały mi podobieństwo do bakteryj dżumowych, jakkolwiek charakterystycznych kolonij na powierzchni agaru zupełnie widać nie było. Tutaj już nie chciałem polegać na swojej obserwacyi i życzyłem sobie koniecznie naradyz kimś, kto widział hodowle, otrzymane z plwociny przy zapaleniu płuc dżumowem; jak wiadomo, przypadki wiedeńskie dostarczyły po temu spostrzeżeń. Dlatego też o godz. 2 w nocy udałem się do Dra Biera, prosząc go, ażeby najbliższym pociągiem udał się do Wiednia, w celu okazania hodowli i plwociny prof. Weichselbaumowi. O godz. $6^1/_2$ rano 18 stycznia chory zmarł. Zarządziłem natychmiastowe zamknięcie pokoju, w którym leżał i odosobnienie osób razem mieszkających w tem samem mieszkaniu. Dwie osoby z najbliższego otoczenia, które najbardziej na zakażenie mogły być wystawione, otrzymały szczepienie ochronne surowicy przeciwdżumowej — z tej flaszeczki, która jedyna w Zakładzie istniała.

O możliwości zakażenia, jakkolwiek bardzo odległej, zawiadomiłem osobiście fizyka Dra Buszka, telefonicznie zaś Protomedyka Dra Merunowicza, oraz szefa sekcyi w Min. Spraw Wew., DraKusyego, którego prosiłem o nadesłanie surowicy. Jednocześnie prosiłem prof. Weichselbauma o możliwie rychłe zbadanie nadesłanej hodowli i plwociny, którą ma przywieźć Dr. Bier. O godz. 6-tej tegoż dnia otrzymałem od Dra Biera telefoniczną odpowiedź, że po ścisłem zbadaniu, Prof. Weichselbaum, Albrecht i Ghon wykluczają wszelkie prawdopodobieństwo dżumy na zasadzie badania plwociny, która, ich zdaniem, w tym okresie choroby byłaby prawie czystą hodowlą.

Od tej chwili możnaby się było nie obawiać dżumy. Pomimo to dalsze ostrożności były zachowane. Ciało z Dr. Miszewskim złożyliśmy do trumny, owinięte w prześcieradło, zmoczone sublimatem, oraz zwinęliśmy pościel w takież prześcieradło celem odesłania do desinfekcyi parowej. Zwłoki w trumnie metalowej, szczelnie zamkniętej, przeniesiono na cmentarz do domu przedpogrzebowego.

D. 19-go, przy współudziale Prof. Browicza, Nowaka, Ciechanowskiego i Dra Biera, odbyliśmy częściową sekcyę zwłok, otwierając jamę brzuszną i klatkę piersiową, celem wzięcia cząstek śledziony, soku płuc i tkanki płucnej dla zbadania mikroskopowego i zapomocą hodowli.

Preparaty barwne, zrobione na miejscu przez Dra Biera, nie ujawniły nigdzie bakteryj, podobnych do dżumowych. Znalazłem tylko bakterye, ułożone jak paciorkowce w śledzionie, obok laseczek z równouciętemi zakończeniami, podobne do *b. coli*, oraz nieliczne inne, opatrzone otoczkami, w soku płuc i w płynie opłucnowym takież laseczki.

W hodowlach, otrzymanych po 24 godzinach, zostały wykryte laseczki, nieco podobne do bakteryj Friedlaendera; bakterye rosnące beztlenowo, wytwarzające gazy, oraz drobne kolonie bakteryj, rosnących w postaci nieco podobnej do paciorkowca; mikroskopowo również do nich podobne. Badania nad niemi prowadzi dalej Dr. Bier.

Bakteryj dżumowych ani do nich podobnych nie wykryto. Zwierzęta zaszczepione cząstkami śledziony, soku płuc i krwi — pozostały zdrowe.

Natychmiast po przybyciu do Zakładu i spisaniu urzędowego protokołu przez Fizyka Dra Bielańskiego co do okoliczności, towarzyszących śmierci śp. K., p. protomedyk Merunowicz w imieniu c. k. Namiestnictwa zniszczył wszystkie hodowle bakteryj dżumowych, jakie posiadałem i wszystkie doświadczalne zwierzęta.

Jeżeli chodzi o wyjaśnienie przyczyny śmierci, to możemy ją wytłómaczyć tylko zakażeniem mięszanem (bakteryj grypowych i paciorkowców), — najprawdopodobniej drogą samozakażenia.

Nie same bowiem bakterye, ale i okoliczności ich wejściu towarzyszące i sam skład soków ustroju w chwili zakażenia i rozmnożenia się zarazka, stanowić muszą i stanowią o chorobie tego rodzaju, z jaką tu do czynienia mieliśmy.

Kolega Prof. Pareński przedstawia **obraz kliniczny choroby** ś. p. Napoleona Kostaneckiego. Po raz pierwszy badał chorego we wtorek dnia 16 stycznia o godzinie 8-mej wieczór, a zatem z końcem 3-go dnia choroby. Chory zupełnie przytomny, leżał prawie stale na plecach, albowiem jeżeli się ułożył na boku prawym, dokuczał mu kaszel, jeżeli poleżał na boku lewym, występował ból dość silny w lewej kończynie dolnej poniżej i na zewnątrz stawu kolanowego. Osłabienie znaczne, ale nie takie, by się chory nie mógł ruszać. Bólu głowy nie ma zupełnie. Wymiotów nie było ani razu. Kaszel krótki, urywany. Plwocina blado różowa o charakterze surowiczym, nieco pienistym. Sinica znaczna, ale występuje tylko obwodowo, t. j. na kończynach. Mowa wyraźna, wcale swobodna i nie bełkocząca. Tętno regularne, drobne, 114—120. Pod nosem i na wardze opryszczki *(herpes)*. Spojówki oczne prawidłowe. Badanie narządu oddechowego wykazuje: oddech przyspieszony, regularny. Oddechy powierzchowne, w ilości 28—30 na minutę. Płuca przedstawiają mierny stopień rozedmy. Z tyłu w samym dole po stronie prawej mierne przytłumienie odgłosu wypukowego, występujące w postaci pasa na 6 ctm. szerokiego, przebiegającego równolegle do dolnego brzegu płuca prawego od kręgosłupa aż do linii pachowej środkowej. W okolicy, odpowiadającej temu pasowi stłumienia, stwierdza się: drżenie klatki piersiowej słabsze, szmer oddechowy znacznie osłabiony, bronchofonia osłabiona, bez rzężeń; w przedłużeniu tego pasu przytłumionego ku przodowi aż do linii mostkowej prawej odgłos wypukowy jawny, szmery oddechowe bardzo słabo słyszalne, a wśród nich nader drobne, ciche trzeszczenie, jakby najdelikatniejsze rzężenia, występujące tak przy wdechu, jako też i wydechu. Tony serca czyste, słabe, bardzo głuche. Śledziona nie macalna, ale wypukiem wymiary jej w kierunku poprzecznym i podłużnym znacznie powiększone. Mocz barwy mocno wysyconej, białka nie zawiera, chlorki nieco lżejsze. Przypadłości ze strony przewodu pokarmowego brak. Ciepłota o godzinie 7-mej wieczór 39·7, o godzinie $8^1/_2$ wieczór 37·7. We środę, tj. 17 stycznia, o godzinie 9-tej wieczór badał chorego powtórnie.

Stan ogólny znacznie gorszy. Tętna nie można wyczuć, kończyny zimne, sinica wyraźna, ale także tylko na kończynach. Chory najzupełniej przytomny, pokryty obfitym zimnym potem. Mowa osłabiona, ale wyraźna. Ciepłota 38·7.

Płuc z tyłu ze względu na stan bardzo wielkiego osłabienia nie badano.

Za zapaleniem płuc przemawiały: 1) Przytłumienie odgłosu wypukowego w tyle; 2) Zmniejszone chlorki w moczu; 3) Wyprysk na wardze i pod nosem; 4) Plwocina blado różowa.

Za zapaleniem wysiękowem opłucnej zaś: 1) Osłabione drżenie klatki piersiowej, i 2) Osłabiony szmer oddechowy, występujący w pasie przytłumienia, a dalej delikatne trzeszczenie przy wdechu i wydechu, które uważano za tarcie opłucnowe.

Rozpoznawano *Pneumopleuritis*, powikłaną jakiemś ogólnem zakażeniem. Zakażenie zaś ogólne przyjmowano na podstawie niestosunku ciężkich objawów ogólnych do zmian miejscowych i na podstawie tak wczesnego zapadu, występującego u osoby silnie zbudowanej i dobrze rozwiniętej. Podejrzywano *osteomyelitis infectiosa acuta*, ale ją musiano wykluczyć wobec braku bolesności w kościach. W dyskusyi nad możliwością dżumy wykluczano ją z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem, albowiem: 1) bólu głowy nie było; 2) mowa była do samego końca życia wyraźna, podczas, gdy w dżumie bywa prawie zawsze bełkocząca; 3) były opryszczki wargowe, które uchodzą za objaw, wykluczający dżumę; 4) sinica była, ale tylko obwodowa, podczas, gdy w przebiegu dżumy występuje na pierwszy plan ogólna wyraźna sinica; 5) wynaczynionek na skórze nie było; 6) przytomność była utrzymaną; 7) zapalenia spojówek nie było, a podczas dżumy objaw ten występuje prawie z reguły; 8) wymiotów nie było; 9) mocz nie zawierał białka.

Na podstawie powyższych objawów klinicznych, bez uwzględnienia wyników badania bakteryologicznego, wykluczono dżumę tylko z wielkiem prawdopodobieństwem, a nie stanowczo — dlatego, że bądźcobądź przypadek nie był zupełnie jasny, jeżeli musiano rozpoznawać obok *Pneumopleuritis* jakieś ogólne zakażenie, a możliwość nabawienia się dżumy u tego chorego była bardzo wielką. Ponieważ jakości tego zakażenia oznaczyć klinicznie nie było można, przeto wskazanem było ze względów bezpieczeństwa uznać przypadek za gorszy, niż nim był w rzeczywistości.

Szybką śmierć tłómaczyć sobie wypada wobec ujemnego wyniku badania bakteryologicznego w kierunku dżumy zakażeniem paciorkowcowem, albo ciężką postacią grypy.

Kolega Prof. Browicz opisuje **zmiany anatomo-patologiczne**, znalezione przy sekcyi zwłok ś. p. Napoleona Kostaneckiego.

Same zmiany anatomo-patologiczne, jakiekolwiek one były, nie mogły dawać żadnych pewnych wskazówek, na podstawie których możnaby było rozpoznać lub wykluczyć dżumę. Zapalenie płuc, występujące w dżumie, nie przedstawia nic charakterystycznego dla tej choroby, nawet gdyby obok tego znaleziono ropienie gruczołów chłonnych, a w tym przypadku i gruczoły nie okazywały zmian. Słowem, obraz anatomo-patologiczny nie mógł decydować o niczem; tu rozstrzygnąć mogło jedynie badanie bakteryologiczne. Sekcya wykonana zmierzała jedynie do orzeczenia, czy w danym przypadku toczyła się w rzeczywistości ostra choroba zakaźna i do dostarczenia materyału potrzebnego do przeprowadzenia badania bakteryologicznego. Otwarto najpierw jamę brzuszną i tu zwrócono uwagę głównie na stan śledziony. Ta przedstawiała wybitny obraz obrzęku ostrego. Badanie bakteryologiczne soku śledziony, przedsięwzięte na miejscu za pomocą suchych preparatów, dało wynik niepewny. Kawałek śledziony wzięto do dalszych badań bakteryologicznych.

Otwarto następnie klatkę piersiową. Z worka opłucnowego prawego wylała się ciecz surowicza w takiej ilości, w jakiej się jej w zwykłem zapaleniu płuc i opłucnej nie spotyka. Tylne części płuca prawego były przekrwione i bezpowietrzne. Kawałki płuc i płyn z worka opłucnowego wzięto do badań bakteryologicznych.

Na tem zakończono sekcyę, gdyż stwierdzono to, co sekcya wogóle stwierdzić mogła, mianowicie: obecność ostrej zakaźnej choroby. Dalsza sekcya nic więcej wyjaśnić nie mogła.

Ponieważ badanie bakteryologiczne, przeprowadzone na miejscu za pomocą suchych preparatów, pewnego wyniku co do jakości zakażenia nie dało, przeto pogrzebano zwłoki wśród największej ostrożności, oczekując ostatecznego wyniku badań bakteryologicznych.

Kol. Dr. Bier. Wysłany przez prof. Bujwida z plwocinami ś. p. Kostaneckiego i zrobionemi z niej hodowlami do Wiednia, udałem się wprost z dworca kolei do Zakładu anatomii patologicznej prof. Weichselbauma, który, zawiadomiony telegraficznie o przypadku i moim przyjeździe, zaraz po zgłoszeniu się doń mojem rozpoczął badanie, wspólnie z doc. Drem Gohnem i Drem Albrechtem, którzy, jak wiadomo, przed 2 laty studyowali dżumę w Bombayu. Zrobiono kilkadziesiąt preparatów tak z plwociny, jakoteż z najbardziej podejrzanych kolonij hodowli agarowych, jednak bez dodatniego wyniku w kierunku obecności b. dżumowych. Wiadomo nam już było, że ś. p. Kostanecki tegoż dnia rano umarł. Plwocina, którą do Wiednia przywiozłem, pochodziła zatem z ostatnich godzin przed śmiercią. W razie zapalenia płuc na tle dżumowem powinnaby ona, zdaniem prof. Weichselbauma, Gohna i Albrechta, zawierać w okresie końcowym życia prawie wyłącznie same tylko b. dżumowe, a tymczasem zawierała ona laseczki, łańcuszki paciorkowca i dwoinki, podobne do *diplococcus pneumoniae*. Jakkolwiek b. dżumowe znaczną posiadają różnokształtność i rozpoznanie ich na podstawie li tylko obrazu mikroskopowego dlatego jest trudne, to jednak zachowują one w wydzielinach chorego i tkankach wprost z chorego lub zwłok właściwy sobie sposób intenzywniejszego barwienia się końców.

Brak charakterystycznych postaci dla prątków dżumy i brak prawie czystej hodowli, jaką powinna dać plwocina przy zapaleniu płuc dżumowem, skłoniły prof. Weichselbauma do orzeczenia, że w tym przypadku nie można było przypuszczać śmierci wskutek moru. Mimo to radził wykonać sekcyę z taką ostrożnością, jak gdyby rozchodziło się o dżumę. W miejscu, gdzie badaniem fizykalnem znaleziono ognisko zapalne, radził nakłóć wyjałowioną strzykawką i w ten sposób dobyć nieco soku do badania bakteryologicznego, lub też resekcyą w tem miejscu żebra dobyć część zmienionego płuca. Sekcyę wykonano jednak dokładniej, bo otworzono i jamę brzuszną i klatkę piersiową. Wynik badania mikroskopowego i dalszego badania zapomocą hodowli i doświadczeń na zwierzętach podał już prof. Bujwid, nie będę też tego powtarzał, zaznaczę tylko, że szczepione przezemnie miazgą śledziony myszy i szczur dotychczas żyją i są zdrowe. Tych kilka słów chciałem dodać dla wyjaśnienia jako świadek czynny przy tym przypadku.

Kol. Prof. Ciechanowski: Jak wynika z zestawienia obrazu klinicznego choroby ś. p. Kostaneckiego z wynikiem sekcyi i podjętych badań bakteryologicznych, zachodziło w danym przypadku ciężkie ogólne zakażenie, którego wrotami był niewątpliwie narząd oddechowy. W jakąś określoną postać kliniczną wtłoczyć, w którąś z szablonowych nazw praktycznych przypadek ten ubrać się nie daje; pod względem etyologicznym zaś jest o tyle niejasny, że nie można stanowczo określić, jaki rodzaj drobnoustrojów odgrywał dominującą rolę w całej sprawie. Badanie plwociny za życia, wykazujące obok paciorkowców prątki grypy, nasuwałoby na myśl tę ostatnią, zwłaszcza, że w ostatnich latach nasunęło się w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej kilka przypadków, klinicznie stanowczo rozpoznanych jako grypa, anatomicznie zaś bardzo zbliżonych do omawianego dzisiaj przypadku, nieraz nawet przedstawiających tylko obraz ogólnego zakażenia i nieznacznego nieżytu oskrzeli, bez innego miejscowego schorzenia. Przypomnieć warto, że w Anglii i Włoszech pojawia się obecnie nader złośliwa grypa, sprowadzająca w krótkim czasie śmierć przy objawach ciężkiego ogólnego zakażenia. Pytanie, dlaczego pośmiertne badanie bakteryologiczne nie wykazało już prątków grypy, a tylko (w śledzionie) paciorkowce, oraz gatunki, zbliżone do prątka okrężniczego, prątka Friedländera i bliżej nieokreślone prątki bezpowietrzne, nie da się dziś oczywiście stanowczo rozstrzygnąć, jakkolwiek nasuwają się pewne przypuszczenia, o których krótko wspomnieć wypada. Niedawno wykazał Nowak, że w bardzo wielu przypadkach błonicy, wywołanej pierwotnie przez prątki błonicze, a kończących się zakażeniem ogólnem, przyczyną tego ogólnego zakażenia są paciorkowce; prątki błonicze stanowią tu tylko jakby straż przednią, pierwszą linię najezdników, torującą dopiero drogę paciorkowcom, które najczęściej same przenikają w głąb ustroju. Być może, że taką samą rolę

grały w danym przypadku paciorkowce i wobec prątków grypy, czem tłómaczyłyby się obecność pierwszych, brak drugich w narządach wewnętrznych Znaczenie mogło mieć również znane od lat kilku dopiero, a przez badania Wurtza i Hermana, Acharda i Phulpina, Beco i Chwostka stanowczo udowodnione zjawisko, że w chwilach przedzgonnych i po śmierci wnika w głąb ustroju bardzo wiele drobnoustrojów, szczególnie z przewodu pokarmowego, które za życia żadnej roli chorobotwórczej nie odgrywały i że te drobnoustroje szybko usuwają na drugi plan, albo zupełnie wypierają właściwych sprawców choroby. Stąd tłómaczy się tak częsta obecność prątka okrężniczego w zwłokach i przesadne wyobrażenie o jego roli chorobotwórczej; stąd też i w danym przypadku mogły znaleźć się w śledzionie po śmierci postacie, podobne do prątka okrężniczego i prątki, przypominające Friedländerowskie, których tam za życia nie było i które, nie mając żadnego znaczenia chorobotwórczego, były przyczyną ujemnych wyników doświadczeń na zwierzętach (być może zresztą, że użyte dotąd do doświadczeń gatunki zwierząt były właśnie odporne na te drobnoustroje, które w danym przypadku były przyczyną zakażenia i śmierci); przypuszczenie to zyskuje niejaką podstawę w tej okoliczności, że sekcyi dokonano stosunkowo późno po śmierci przy dość wysokiej ciepłocie powietrza.

W każdym razie, gdybyśmy nawet przyjęli grypę, jako pierwotną sprawę, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w dalszym rozwoju choroby decydującym czynnikiem było zakażenie mięszane, czy wtórne.

Prof. Bujwid w ściśle rzeczowem swojem sprawozdaniu tak trzymał się samych faktów, że niepodobna nie dorzucić do jego treściwych słów kilku mimowolnie nasuwających się uwag, choć sprawa była tak obszernie już omawiana, że uwagi te mogą robić wrażenie komunału. Zaznaczyć też konieczna, że nie mając własnego doświadczenia, jest się jedynie sprawozdawcą z cudzych badań i zapatrywań. *Przegląd lekarski* od lat kilku pomieścił sprawozdania ze wszystkich ważniejszych prac o dżumie; do nich odsyłając po szczegóły, wystarczy w kilku rysach przypomnieć, jak sprawa ta dzisiaj stoi?

Jest rzeczą niewątpliwą, że niebezpieczeństwo dżumy zbliża się do nas szybkimi krokami. Prawdziwem „memento" były nie przypadki wiedeńskie, ale niedawna zagadkowa i urzędownie nieuznana epidemia nadwołżańska, jeszcze więcej zaraza w Oporto, a najwięcej świeżo wszystkim w pamięci tkwiący przypadek w Tryeście. Dziś, kiedy nietylko w pierwotnych swoich siedzibach — a jest ich, jak wiadomo. kilka (Himalaje, Chiny, Mandżurya, Mezopotamia, Afryka) — sroży się dżuma, ale kiedy po całym świecie rozsiały się liczne jej wtórne ogniska, prawdopodobieństwo powtórzenia się przypadku tryesteńskiego nie jest małe, ani też lekceważone. Dowodzi tego z ramienia rządu zwołana niedawno konferencya berlińska, złożona z najwybitniejszych bakteryologów niemieckich i zarządzone w Niemczech przez rząd kursa praktyczne, kształcące od kilku tygodni zastęp ludzi, obeznanych dokładnie z zarazkiem dżumy. Badania w tym kierunku uważać należy nietylko za wskazane, ale za niezbędne i pilnie potrzebne, we wszystkich zakładach bakteryologicznych, po za którymi zresztą doświadczeń z zarazkiem dżumy robić się nie powinno. Natomiast w pracowniach naukowych nie powinno być żadnych ograniczeń, bo inaczej ani nie wykształci się dostatecznej liczby stósownie przygotowanych bakteryologów, ani nie wyjaśni się ciemnych jeszcze niektórych punktów w biologii zarazka i epidemiologii dżumy, ani nie zbada istotnej wartości surowicy i szczepionki, ani wreszcie nie przygotuje się wystarczającego zapasu tych bądźcobądź jedynych w walce z wybuchłą dżumą środków.

Przykładem, co znaczy rozrzucenie po całym kraju znawców bakteryologów, jest zarówno Oporto, jak Tryest. Wszak do Oporto dżuma zawleczona została prawdopodobnie jeszcze z końcem zeszłej zimy, a wykryto ją dopiero w czerwcu i to jeszcze czas jakiś „urzędownie" jej nie było. Odwrotnie w Tryeście powiodło się zatrzymać niebezpieczeństwo przy pierwszym zawleczonym przypadku. Donjosłość badania bakteryologicznego wskazuje fakt, że tryesteński zadżumiony przed badaniem bakteryologicznem dwukrotnie wysiadał z okrętu na ląd, radził się lekarzy w mieście, zanim wreszcie oddano go do szpitala epidemicznego i to nie z rozpoznaniem dżumy, lecz z przypuszczeniem duru osutkowego. Dopiero bakteryolog rzecz rozstrzygnął. Konieczność wykształcenia licznych bakteryologów widnieje z następujących okoliczności i możliwości: niebezpieczeństwo przesyłania materyału zakaźnego do badania, czas, potrzebny na przejazd badacza i przewiezienie przyrządów, możliwość wybuchu dżumy w kilku punktach kraju lub państwa.

Wyjaśnienie pewnych spornych zagadnień w biologii zarazka i epidemiologii dżumy jest konieczne ze względu na środki zapobiegawcze i zaradcze, a nastąpi tem prędzej i łatwiej, im liczniejsi badacze sprawą tą się zajmą, sprawdzając wzajemnie swoje wyniki. Jako takie sporne zagadnienia wymienić trzeba np.: dolna granica ciepłoty, w której prątek dżumy rozwijać się może (ze względu na dość jeszcze problematyczny wpływ naszego zimniejszego klimatu na trudniejsze szerzenie się zarazy), sprawa niewykrytych dotąd zarodników prątka dżumy, wytrzymałość jego poza ustrojem, podobno tylko kilkodniowa, i związane z tem zagadnienie odkażania t. zw. „domów zadżumionych", w których zaraza uporczywie się utrzymuje. Dalej idą: wrażliwość pewnych zwierząt domowych na dżumę, mianowicie nierogacizny, co do której tylko Wilms utrzymuje, że samoistnie ulega dżumie, oraz kotów; zbadanie wrażliwości myszy polnych; zbadanie sposobów tępienia tak niesłychanie ważną rolę w epidemiologii odgrywających szczurów; ustalenie znaczenia owadów w przenoszeniu zarazy ze zwierząt na ludzi i t. p. Niemniej ważną i pilną jest rzeczą wyszukanie najszybszego i najbezpieczniejszego sposobu bakteryologicznego rozpoznawania dżumy wobec konieczności doświadczeń na zwierzętach i t. p., nie mówiąc już o takich zagadnieniach, które w pracowni rozwiązać się w całości nie dadzą, jak zagadnienie co do zakażenia się przez przewód pokarmowy, sprawa okresowych nawrotów epidemii i wiele, wiele innych. W badaniach tych zrobiono w ciągu lat 6, tj. od wykrycia prątka dżumy, istotnie zdumiewająco wiele; jednakże niemniej nie rozwiązano wielu zadań pierwszorzędnej praktycznej doniosłości.

Należy do tych ostatnich pod pewnym względem także sprawa szczepionki Haffkinea i surowicy Roux-Yersina. I o jednej i o drugiej pisano już nie mało, a jednak zesumowawszy dotychczasowe wyniki, okazuje się, że dalsze badania są piekącą potrzebą, i że sprawa jest zaledwo rozpoczętą. Co do szczepionki, to zdaje się, że istotnie w czasie panującej dżumy jest ona środkiem obosiecznym, bo wytwarza wprawdzie odporność długotrwałą, ale kosztem większej wrażliwości ustroju na zarazek w pierwszych dniach po szczepieniu. Badania, czy ta jej wada da się usunąć zapomocą równoczesnego użycia szczepionki i surowicy, są przecie ledwo w zaczątku, a na ich wyniki dopiero czekać należy. Surowica znowu wytwarzając odporność przelotną, wymaga także jako środek zapobiegawczy udoskonalenia.

Jako środek leczniczy surowica wcale nie ma tego wyrobionego stanowiska, co surowica przeciwbłonicza. Pomimo cudownych prawie wyników, zepchnięcia śmiertelności z 80 czy 90, a nawet 60%, na choćby 14, jeżeli już nie 7%, jest dwadzieścia kilka przypadków Yersina i 142 spostrzeżeń Calmettea i Salimbeniego liczbą bądź cobądź za małą do wydania ostatecznego sądu. Wszak wiadomo, że i niemiecka i austryacka wyprawa do Indyi traktuje surowicę, jako środek leczniczy, z wielkim sceptycyzmem. Francuzi twierdzą, że sceptycyzm ten jest uzasadniony tylko co do surowicy, wytwarzanej zapomocą zabitych hodowli dżumy, a nie może się odnosić do surowicy ze zwierząt, którym wstrzykiwano żyjące prątki, jadowite. Po-

mimo całego zaufania, jakie wzbudzają sumiennością swoją prace Francuzów o dżumie, nie można przyjąć ich bez zastrzeżeń, bez dopełnienia koniecznego postulatu nauki: sprawdzenia w różnych pracowniach przez licznych badaczy. A nawet przyjmując za pewność wszelkie zalety surowicy, pozostaje jeszcze określić dokładnie najskuteczniejszy sposób jej używania, zwłaszcza wobec zalecanych przez Calmettea i Salimbeniego dużych dawek do żył, powtarzanych nawet w razie potrzeby i popartych szeregiem wstrzykiwań podskórnych.

Już ten ostatni szczegół pozwala obliczyć, ile czasu i trudu wymagać będzie przygotowanie dostatecznego zapasu surowicy w Europie, a jeśli nie uda się wytworzyć skutecznej surowicy ze zwierząt, zatruwanych zabitemi hodowlami, ile ta praca wymagać będzie — poświęcenia. Przyzwyczaiwszy się do skromnych 10 cm. sześc. surowicy przeciwbłoniczej, z podziwieniem czyta się o 40—60 cm. sześć. na dawkę, a kilkaset cm. sześć. na chorego zużywanej surowicy przeciwdżumowej. Może uda się wytworzyć surowicę silniejszą, ale na to trzeba zarazków o bardzo wzmożonej jadowitości, trzeba wytwarzać wielkie ilości surowicy, której przy dużych dawkach, jak się okazało, nawet wielki instytut Pasteura stosunkowo bardzo mało potrafił w zapasie nagromadzić, bo po kilkoletniej pracy wystarczyło jej na niespełna 200 przypadków.

Wnioski z powyższego wysnuwają się same, zarówno co do zajmującej nas dzisiaj sprawy, jak i co do zadań na przyszłość.

Kol. Prof. Julian Nowak. Nikt z obecnych tutaj nie widział chorego na dżumę, nikt nie sekcyonował zmarłego na tę chorobę i nikt nie ma własnego doświadczenia w epidemiologii tejże choroby. Pewne własne doświadczenie w biologii i morfologii zarazka dżumowego może mieć tylko prof. Bujwid, który się tem w ostatnich czasach zajmował. Ja także przed trzema laty w Pasteurowskim Instytucie zajmowałem się hodowaniem dżumy, ale robiłem to w tak ciasnych granicach, że o doświadczeniu własnem mówić nie mogę. Wynika z tego, że to, co o dżumie powiedzieć tu możemy, to przeważnie nie będą własne nasze na doświadczeniu oparte zapatrywania, ale przekonania, nabyte z literatury, dotyczącej tego przedmiotu; a literatura ta jest już dziś pokaźną i jak z jednej strony wyjaśniła wiele rzeczy dotychczas zupełnie ciemnych, tak z drugiej strony wykazała, że jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia, że jeszcze bardzo dużo nie wiemy.

Przedewszystkiem prace i doświadczenia ostatnich kilku lat zniszczyły nasze optymistyczne złudzenia, że dżuma do Europy zawitać nie może, lub że zawitawszy, znajdzie tu warunki dla swojego rozwoju zgoła niekorzystne i szybko wyginie.

Przed trzema laty, podczas mojego pobytu w Instytucie Pasteura, rozeszła się po Paryżu pogłoska, że na jednem z przedmieść wybuchła dżuma, zawleczona z Indyi przez Marsylię; — dzienniki uderzyły na trwogę, — ludność ogarnęło zaniepokojenie. Wtedy Dr. Roux, w odczycie o dżumie, dał wyraz zapatrywaniu swemu, że Europa może być spokojną i dżumy się nie obawiać, bo nie sprzyjają jej rozwojowi warunki klimatyczne Europy i jej urządzenia sanitarne, a ludność Europy nie łatwo może ulcdz zakażeniu, bo mieszkania jej stosunkowo czyste i potrawy gotowane, co usuwa niebezpieczeństwo zarażenia się, które głównie przez przewód pokarmowy przychodzi do skutku.

Od tego czasu jakże zmieniły się zapatrywania. Dziś wiemy, że klimat przeważnej części Europy jest dla rozwoju zarazka dżumowego bardzo pomyślny, bo rośnie on zupełnie dobrze jeszcze przy $+4^0$ C., a zaraza w Indyach do najwyższego dochodziła nasilenia podczas pory chłodniejszej, bo w miesiącach zimowych; tylko wielkie a suche upały są jej wrogie. Stałe odwieczne siedliska dżumy znajdują się u stoków Himalajów, w okolicach wysoko położonych, a więc w klimacie dość chłodnym. Historya wreszcie wykazuje, że dżuma w Europie również dobrze jak na wschodzie grasować może, bo zarazy, jakie przeciągały nad Europą w wiekach średnich, były stokroć groźniejsze, niż dzisiejsza w Indyach. Dziś zatem nie możemy się łudzić optymistyczną nadzieją, że dżuma nie znajdzie w Europie potrzebnych do swego rozwoju warunków, ale winniśmy przygotować się należycie na ewentualne przyjęcie groźnego gościa. W okolicach, gdzie dżuma panuje, ludność od dawna wie, że istnieje pewien związek między dżumą a szczurami, naukowo zaś zwrócili pierwsi uwagę na ten związek Roux i Yersin. Dziś nie ulega żadnej wątpliwości, że dżuma jest właśnie chorobą wspólną tym gryzoniom i ludziom, że przechodzi z jednych na drugich i w ten sposób się szerzy. Dziś wiemy już na pewno, że szczury są jednym z najważniejszych czynników, roznoszących dżumę, i że bez ich udziału epidemia jest niemożliwa. Ale badania np. Dra Simond wykazały, że istnieje między szczurami i ludźmi pewna luka i żeby zaraza ze szczurów zadżumionych mogła przenieść się na człowieka w tych rozmiarach, by wywołać epidemię, to na to potrzeba jeszcze jakiegoś pośrednictwa. Pośrednikiem tym są pchły, które przenoszą zarazę z padłych szczurów na ludzi, a i z ludzi na ludzi i na szczury przenieść ją, zdaje się, są w stanie.

Szczury, to czynnik bardzo nieuchwytny i trudno przedsiębrać przeciw nim radykalne środki sanitarne, a o doszczętnem ich wygubieniu nie ma zdaje się i mowy. O ileż jednakże jeszcze mniej uchwytnym czynnikiem są pchły. Tu nie wiele pomogą kordony sanitarne, choćby najostrzejsze, bo zaraza w bezpośredniej okolicy miejsc zadżumionych szerzy się głównie za pośrednictwem szczurów i ich owadzich pasorzytów — a tych kordon nie zatrzyma. Powietrze w przenoszeniu zarazy jak się zdaje małą odgrywa rolę i tylko o tyle jest niebezpieczne, o ile dostaną się do niego większe ciała np. kawałki plwociny z przylegającymi do nich mikrobami. Dlatego ważną w roznoszeniu dżumy odgrywają rolę wypadki dżumowego zapalenia płuc. Że zaś zapalenie płuc dżumowe pierwotne nie tylko w ten sposób przychodzi do skutku, że mikroby zawieszone w powietrzu z oddechem dostają się do płuc, o tem świadczą doświadczenia Batzarowa, który u gryzoniów prawie z reguły wywoływał w ten sposób dżumowe zapalenie płuc, że na nienaruszoną ich błonę śluzową nosa kładł kulturę prątków dżumowych. Jest to moment arcyważny dla epidemiologii dżumy. Przewód pokarmowy, zdaje się, że wcale nie jest furtką dla zakażenia morem. Woda i powierzchowne warstwy ziemi zdaje się, że także w epidemiologii dżumy ważniejszej nie odgrywają roli.

Jednakże po dokładnym przeglądzie odnośnej literatury nabiera się przekonania, że sprawa szerzenia się dżumy wcale nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnioną, że nie wszystkie drogi jej pochodu odkryto i że bardzo, bardzo wiele jeszcze do zrobienia zostaje i jak najprędzej zrobione być musi, bo bez tego walka z zarazą bardzo trudna.

Że dalsze badania w tym kierunku są konieczne, to na to zgadzają się wszyscy autorzy, a wyraz temu zapatrywaniu dał kongres hygienistów i bakteryologów niemieckich, który się zebrał w Berlinie przy końcu zeszłego roku celem naradzenia się nad istotą dżumy i środkami do walki z nią na przypadek wtargnięcia jej do Niemiec.

Kongres ten bardzo dla nas godny uwagi. Podczas gdy u nas o kwestyi tej w sferach, które nią zająć się winny zupełnie głucho, nasi sąsiedzi naradzają się i zbroją celem przygotowania się do walki z zarazą.

Kongres przychodzi do przekonania, że nie tylko należy studyować dżumę w jej kolebce, w Indyach, ale że należy ją badać w warunkach klimatycznych Europy. Kongres uchwala, aby zbadać odporność i podatność względem dżumy krajowych ras szczurów i myszy, proponuje aby w dalszym ciągu prowadzić doświadczenia nad rolą pcheł i innych owadów pasorzytniczych w rozszerzaniu się epidemicznem dżumy. Podnosi, aby nie tracić z oczu zagadnienia, że zapewne są i inne jeszcze drogi, nam nie znane, którymi zaraza się szerzy i że należy usilnie pracować w tym kierunku.

Kongres więc oświadcza się nie za zaniechaniem doświadczeń z zarazkami dżumy, ale owszem za jak najintenzywniejszą pracą nad ich naturą, a to właśnie w interesie ludów Europy.

Rozpoznanie dżumy za życia bywa bardzo trudne, a często zupełnie niemożebne, rozpoznanie jej po śmierci łatwiejsze, ale bez badania bakteryologicznego często bardzo trudne lub zgoła również niemożliwe. Jedynie więc pewnem, a ztąd koniecznem, jest badanie bakteryologiczne przypadków podejrzanych o dżumę. Ile zaś zależy na jak najszybszem rozpoznaniu przypadków podejrzanych, szczególnie w początkach epidemii, to o tem pouczyła nas cholera. Ztąd wypływa konieczność, aby kraj rozporządzał na wszelki wypadek o ile możności jak największą ilością fachowych bakteryologów, specyalnie w biologii mikrobów dżumowych wykształconych, którzyby byli w stanie na przypadek epidemii odpowiednie badania w celach rozpoznawczych przeprowadzić. W celu wykształcenia takich sił postanawia kongres urządzenie w Berlinie kursów dżumowych dla fachowych bakteryologów i wypowiada zdanie, że wszystkie zakłady bakteryologiczne Niemiec winny się dżumą zajmować, aby nietylko ich szefowie z przedmiotem dokładnie się zapoznali, ale aby także każdy z nich mógł wykształcić w tym kierunku swoich asystentów. Wyrazem tego przekonania kongresu jest wniosek Gaffkyego, przyjęty przez kongres oklaskami: „Ausserhalb der Laboratorien keine Thierversuche, innerhalb desselben keine Beschränkung“.

A zapominać nie należy, że na kongresie tym byli zgromadzeni najtężsi i najpoważniejsi hygieniści i bakteryolodzy Niemiec.

Potrzeba wykształcenia większej ilości fachowych sił bakteryologicznych, z dżumą dokładnie obeznanych, leży w tem że przewożenie lub przesyłanie materyału, służącego do badania, z jednej strony opóźniałoby rozpoznanie, a z drugiej strony kryłoby w sobie bardzo poważne niebezpieczeństwo rozwlekania zarazy. Według zdania kongresu winny być urządzone tak zwane latające pracownie bakteryologiczne, rozmieszczone w różnych miejscowościach. Gdyby się w pewnej okolicy pojawił podejrzany przypadek, winno zostać na miejsce przypadku natychmiast wysłane takie laboratoryum i winien natychmiast udać się na miejsce to fachowy znawca i badania na miejscu przeprowadzić. Takich latających pracowni Prusy mają już 3.

Kongres podnosi, że baczną się winno zwrócić uwagę na zboże rosyjskie, z którem mogą się dostać do Niemiec zadżumione szczury. Nie zapominajmy, że znaczna część tego zboża przechodzi przez Galicyę.

Oprócz ochronnego szczepienia przeciw dżumie zabitymi hodowlami moru i surowicy przeciwdżumowej innych środków ani leczniczych, ani zapobiegających nie znamy. Skuteczność ich nie jest jeszcze dostatecznie wypróbowana, ale lekceważyć ich nie można choćby tylko dlatego, że to są wogóle jedyne środki, jakie mamy w ręku. Zresztą sceptycyzm, jaki względem nich okazywano, ustawicznie się zmniejsza i dziś w skuteczność ich przy odpowiedniem zastósowaniu nikt nie wątpi.

Wspomniany kongres też uchwalił jednogłośnie wezwać rząd:

1) do wybudowania instytutów, któreby się zajmowały wyrabianiem szczepionki przeciwdżumowej (zabitych hodowli) i wyrobem surowicy, służącej do stwierdzania identyczności hodowli dżumowych zapomocą fenomenu agglutynowania;

2) do wybudowania instytutu, którego zadaniem byłoby wyrabianie przeciwdżumowej surowicy dla ludzi. Ponieważ przy przyrządzaniu takiej surowicy szczepi się zwierzętom żywe hodowle, przeto niebezpieczeństwo jest znaczne i winien być na całe Niemcy jeden taki centralny zakład w miejscu ustronnem, lub może tak, jak we Włoszech i Rosyi, na wyspie.

Uchwały tego kongresu, podyktowane znajomością przedmiotu i przewidywaniem przyszłości, powinny być dla nas wskazówką, co robić należy. A i smutny wypadek śmierci naszego nieodżałowanego kolegi, który nas tu dziś zgromadził, nie powinien przejść bez korzyści w niepamięć. Pokazał on nam, że nie jesteśmy przygotowani na przyjęcie azyatyckiego gościa, nawet w sposób najprymitywniejszy, — że nie posiadamy żadnych środków obrony, że nie mamy nawet gdzie nie już wytwarzać środków leczniczych przeciwdżumowych, ale że nie mamy pracowni tak urządzonych, abyśmy w nich badania nad dżumą przeprowadzać mogli i że prowadzimy politykę strusią, zasadzającą się na chowaniu głowy pod własne skrzydła, a polityka ta może się na nas pomścić strasznie. Już trzy razy groźne widmo zarazy wynurzyło się w granicach państwa — w Wiedniu, Tryeście i teraz w Krakowie — i wywołało na obliczach naszego społeczeństwa tylko niegodny, blady strach.

Stanowczo z polityką tą zerwać trzeba; nie zakaz przechowywania hodowli dżumy w pracowniach wstrzyma jej pochód ze wschodu, ale mogą to zrobić dobrze urządzone pracownie i zastęp ludzi fachowo wykształconych i do poświęcenia gotowych.

Zdaje mi się, że przedewszystkiem naszym jest obowiązkiem domagać się od rządu, aby bezzwłocznie zajął się tą piekącą sprawą i zorganizował w obrębie monarchii przygotowania wojenne do ewentualnej walki z dżumą, aby na przyszłość akcya zapobiegawcza nie ograniczała się tylko do niszczenia hodowli dżumowych. Dlatego stawiam wniosek, aby Towarzystwo wybrało Komisyę, któraby zajęłaby się ułożeniem odpowiedniego memoryału w tej sprawie, który Towarzystwo przedłożyłoby Wysokim Władzom.

IV. Wyciągi.

S. Bernheim. **O zmianach położenia serca.** *(L'Indépendance médicale* Nr. 40, 1899). Röntgenografia przyczyniła się znacznie do poznania zmian położenia serca. Autor na podstawie swych badań dzieli przemieszczenie serca na wrodzone i nabyte. Te ostatnie mogą się zdarzać w rozmaitych kierunkach, mianowicie ku dołowi i ku górze, na stronę prawą lub lewą, lub też w kierunku osi serca. Ku dołowi przemieszcza się serce wskutek zwiększenia się ciężaru, lub wskutek ucisku, działającego w kierunku z góry ku dołowi. Gdy serce przerasta, zwiększa się jego ciężar, i ugniatając przeponę opuszcza się ku dołowi. Przy przeroście lewej komórki lewa połowa serca staje się cięższa i obniża się; komórka lewa wydłuża się, wierzchołek serca oddala się od linii środkowej ciała i uderza w 5 lub 6-tem międzyżebrzu, będąc odległym o 10—15 ctm. od linii środkowej mostka. Pochyłość górnego brzegu serca między kątem wątroby, a końcem serca wynosi wówczas 4—5 ctm., a więc dwa razy więcej, niż w warunkach prawidłowych. Przeciwnie, przy przeroście serca prawego, prawy kąt serca obniża się, a pochyłość dolnego brzegu zmniejsza się, ponieważ brzeg ten przyjmuje położenie więcej poziome.

Przy przeroście całkowitym serca brzeg dolny nie zmienia swej pochyłości, gdyż serce, nie zmieniając kierunku swego położenia, przemieszcza się ku dołowi.

Ku stronie lewej serce przemieszcza się zwykle przy przeroście, gdyż będąc zrośnięte z żyłą próżną dolną, trudniej może się w tym kierunku przesunąć. W warunkach prawidłowych spostrzegamy przemieszczenie się serca przy położeniu na bok lewy, w przypadkach chorobowych zmiana położenia może być tak znaczna, iż serce uderza w linii pachowej tylnej.

Przemieszczenia ku stronie prawej bywają najczęstsze. Zdarzają się u gruźliczych w postaci włóknistej gruźlicy, gdzie płuco, ściągając się, pociąga serce ku stronie prawej. Przemieszczenie serca na prawo częściej się zdarza wskutek ucisku, działającego z lewej strony ku prawej, niż wskutek pociągania serca przez zrosty prawostronne. Dość często zda-

rza się przemieszczenie serca ku górze wskutek guzów jamy brzusznej, przepukliny przeponowej, rozstrzeni żołądka, odęcia z niestrawności i t. p Do bardzo rzadkich należy przesunięcie się serca ku tyłowi i to tylko przy nowotworach śródpiersia przedniego, lub wskutek urazu.

Skręcenie serca naokoło jego osi prostopadłej *(Trochocardia)* zdarza się przy wylaniu się płynu w jamie opłucnowej lewej, który odpycha koniec serca ku przodowi, a uszko prawe przesuwa ku tyłowi, wskutek czego następuje skręcenie serca około osi prostopadłej i skrzyżowanie znaczniejsze obu tętnic. Drugi rodzaj skręcenia może nastać w przypadkach, gdzie płyn lub guz obniża prawy koniec brzegu dolnego serca, a podnosi wierzchołek jego ku górze. Wtedy serce jest skręcone około osi poziomej.

Najczęstszą przyczyną przemieszczenia serca bywają płyny, nagromadzone w workach opłucnowych. Płyn lewostronny wpływa dopiero wtedy na położenie serca, gdy ilość jego dochodzi do trzech litrów.

Oś serca przybiera wówczas kierunek coraz więcej prostopadły, koniec serca przybliża się do linii środkowej ciała i uderza w sąsiedztwie wyrostka mieczykowatego. Jeżeli płynu jest więcej nad trzy litry, serce jest przemieszczone na stronę prawą, oś jego jest prostopadłą, a uderzenie koniuszkowe przypada koło wyrostka mieczykowatego. Autor twierdzi, że nigdy niema skręcenia serca na prawą stronę, gdyż ani anatomicznie, ani Röntgenografią tego nigdy nie stwierdzono, a to, co klinicznie wysłuchujemy po stronie prawej, nie jest końcem serca, lecz uszkiem prawem lub przesuniętą tętnicą główną. Skręcenie takie byłoby wprost śmiertelnem wskutek zaciśnięcia się naczyń głównych, wychodzących z serca. Prawostronne płyny w ilości jednego litra przemieszczają koniec serca 2—4 ctm. na lewo; wynoszące około 1—3 litrów, przesuwają go o 3—8 ctm. na lewo; ponad trzy litry wynoszące wypociny nie są zdolne więcej przesunąć uderzenia końca serca nad 10 ctm. na lewą stronę.

Obustronne wypociny opłucnowe obniżają serce i skręcają jego oś. Przemieszczenie ma miejsce w kierunku mniej obfitej wypociny. Lewostronne mają wybitniejszy wpływ na czynność serca i powodują arytmie a nawet zatrzymanie się ruchów serca. Rokowanie w przypadkach przesunięcia się serca jest zależne od stopnia przemieszczenia.

Dr. Józef Latkowski.

Drasche Dr. Prof. **Odma piersiowa gruźlicza i leczenie jej operacyjne.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899. Nr. 45 i 46). Chirurgowie bardzo mało zajmują się odmą piersiową gruźliczą. Temu też przypisać należy, że i zabiegi operacyjne, używane w tej chorobie, dotąd mało udoskonalone. Chociaż odma piersiowa jest najczęściej początkiem końca chorych gruźliczych, przecież nie powinno się zaniedbywać usiłowań do zapewnienia znośnego stanu dotkniętym tą chorobą. Chirurgowie podejmują i tak wiele bardzo ciężkich zabiegów, po których nie mogą liczyć na zupełne wyleczenie chorego, a mimo to nie odstrasza ich ten wynik od pracy. Tak samo też należy się wziąć do udoskonalenia zabiegów operacyjnych, używanych w odmie piersiowej.

Autor rozporządza bardzo wielkim materyałem przypadków odmy piersiowej Dotychczas najwięcej doświadczenia w tym względzie wykazał West, który ogłosił 101 własnych przypadków i zajmuje pierwsze miejsce w statystyce odmy piersiowej (patrz *Lancet*, 1894). Autor podczas 40letniej czynności szpitalnej miał 230 przypadków odmy piersiowej, a gdy z nich odliczy 32 przypadki, w których przyczyną nie była gruźlica, pozostaje i tak ogromna liczba 198 przypadków gruźliczej odmy piersiowej. Ilość ta przypada na 11.000 chorych gruźliczych, jakich miał autor w szpitalu. Z tych 198 leczył wyczekująco 168 przypadków, a 30 operacyjnie. Z leczonych wyczekująco wyszło ze szpitala 10, czyli 5·5%, z operowanych 4, czyli 13·5%.

Z wypuszczonych 10 pierwszych (t. j. nieoperowanych) było 4 z wysiękiem, a 6 z wysiękiem i gazem. Z wypuszczonych 4 operowanych: jeden prawdopodobnie wyleczył się zupełnie, u drugiego następnie trzeba było wykonać wycięcie żebra, bo sprawa przebiegała bardzo wolno, poczem był zdrów i zdolny do pracy jeszcze po $1^1/_4$ roku; dwaj pozostali wyszli ze znacznem polepszeniem, jeden z wysiękiem, drugi z wysiękiem i gazem. Z porównania długości życia wypada korzyść na rzecz operowanych.

Zabieg operacyjny polegał na jedno- lub wielorazowem nakłóciu z aspiracyą lub bez niej (Dieulafoy) dla wypuszczenia gazu lub płynu, raz z pozostawieniem czasowem przetoki piersiowej, w jednym przypadku z wycięciem żeber, a w dwu przypadkach z torakocentezą podług Bülau i Unverrichta.

Mimo że autor oświadcza się za operacyjnem leczeniem piersiowej odmy gruźliczej, radzi w każdym przypadku dokładnie oznaczyć wskazania i nie za pośpiesznie przystępować do zabiegu. W przypadkach świeżych, jeżeli objawy uciążliwe dla chorego, jak bóle, duszność, kaszel są miernego nasilenia, należy raczej postępować wyczekująco. W razie powiększenia się objawów, jeżeli klatka piersiowa jest silnie napięta, narządy sąsiednie poprzemieszczane z nagromadzeniem się równoczesnem płynu, należy zastanowić się, czy nie przystąpić do nakłócia. Wówczas wypuścić trzeba tylko tyle płynu, ile wogóle wystarczy do ulgi w oddechaniu. Jeżeli objawy są groźne, a więc gdy wystąpi znaczna duszność, sinica, osłabienie serca, należy nie zwlekać z nakłóciem. Czy przetoka płucna jest otwarta, czy zamknięta, i jak się wówczas zachowuje cierpienie płuc, mniej nas to obchodzi. Nakłócie odpowiada wtedy nietylko wskazaniom chorobowym i życiowym, ale również może wpłynąć korzystnie na dalszy przebieg sprawy. Uciśnięte płuco może się rozszerzyć, siły chorego podniosą się, a to jest rzeczą bardzo ważną dla dalszego leczenia. Do nakłócia należy wybrać raczej cieńszy, niż grubszy trójgraniec, bo płyn odpływa powoli. Czasem atoli może się zatkać zbyt cienki trójgraniec ropą lub skrzępami włóknika i operacyę trzeba przerwać lub ponowić. W czasie zabiegu należy zachować jak najściślejszą aseptykę.

Jeżeli po nakłóciu odma przechodzi mimo to w sprawę więcej przewlekłą, jeżeli przybywa wysięku, a i inne objawy pogarszają się, domyślać się należy, że dołączył się otok ropny. Mimo, że wielu autorów sprzeciwia się operacyi w otoku, przecież jest to jedyny sposób leczenia. Nie można bowiem liczyć na wessanie zupełne wysięku ropnego. Płuco zaś długo uciśnione nie może się już następnie rozszerzyć. Przytem gorączka po wypuszczeniu wysięku ropnego zazwyczaj opada lub ustępuje. Ropa nietylko drażniąc płuco i opłucnę powoduje jeszcze większe ropienie, ale też drążąc w głąb, może doprowadzić do następowych przedziurawień opłucnej. Jeżeli już jest wskazanie do operacyi, należy się zgodzić szybko na sposób zabiegu. W razie zamknięcia organicznego przetoki płucnej najlepiej połączyć nakłócie z wypuszczeniem płynu przez aspiracyę. Jeżeli mimoto ropienie nie ustaje, a nawet kilkakrotne nakłócia i wypuszczania nie pomagają, można przystąpić do wycięcia żeber, jeżeli oczywiście pozwala na ten zabieg odżywienie chorego i stan płuc, to jest jeżeli sprawa w płucach nie postępuje.

Celem leczenia odmy piersiowej nie jest zupełne wyleczenie, bo do tego tylko wyjątkowo dojść można, ale uczynienie życia znośnem dla chorego, i to już powinno być dostateczną zachętą dla lekarza.

Dr. St. Eljasz-Radzikowski.

Docent Dr. Lotheisen (Insbruck): **O transplantacyi moczowodów.** *(Wiener klinische Wochenschrift.* Nr. 36, 1899). Rozbierając krytycznie rozmaite zabiegi chirurgiczne, zalecane w przypadkach uszkodzenia moczowodów, zaleca autor, jako najodpowiedniejszy sposób, przeszczepienie moczowodu do pęcherza. Uszkodzenia moczowodów wydarzały się dawniej przy nieprawidłowych porodach; obecnie w przebiegu operacyj z powodu złośliwych nowotworów macicy, odbytnicy i pęcherza musimy często i kawałek moczowodu wyciąć, a niekiedy przypadkowo go przecinamy. Podłużne nad-

cięcia moczowodów możemy zeszyć kilku szwami Lamberta; te rany łatwo bez żadnych następstw się goją. Gdy moczowód przetniemy, lub gdy musimy dłuższy kawałek wyciąć, staramy się albo jego ciągłość utrzymać i zespalamy szwami oba końce, albo też moczowód przyszczepiamy bądź to do pęcherza, lub do odbytnicy, kiszki grubej wstępującej, zstępującej, do pochwy, do ścian brzucha, albo też koniec doprowadzający podwiązujemy w celu wywołania zaniku nerki, lub też ostatecznie przystępujemy do wyjęcia całej nerki.

Autor przychodzi do wniosku, że w przypadkach, w których oba końce moczowodów nie dadzą się połączyć, należy się zawsze starać o przeszczepienie końca doprowadzającego do pęcherza, gdyż inne wymienione sposoby dają zły wynik funkcyonalny i narażają chorego na następowe zapalenie ropne miedniczek i samej nerki. Wykonanie tej operacyi ułatwia ta okoliczność, że moczowód można bez niebezpieczeństwa obumarcia oddzielić na długość 12 do 13 ctm. i na dół ściągnąć. Jako wytłómaczenie tego podaje wyniki doświadczeń Margarucciego, który wykazał, że moczowód sam jest dostatecznie odżywiany przez tętnicę własną, odchodzącą od tętnicy nerkowej.

W swoim przypadku musiał autor wyciąć kawał moczowodu, gdyż rak macicy przechodził na tkanki otaczające. Operował sposobem Bülinger-Witzla, moczowód wszczepił do pęcherza nieco wyżej od dawnego ujścia. Wynik był pomyślny; w dalszym przebiegu utworzyła się przetoka do pochwy, wydzielina moczu tą drogą była nieznaczna. Przetoka ta po upływie dwóch tygodni bez żadnych zabiegów operacyjnych się wygoiła. Po upływie kilku miesięcy widział autor chorą powtórnie; wydzielanie moczu odbywało się prawidłowo, skład chemiczny jego był prawidłowy, ilość fizyologiczna, zmian w nerce odpowiedniej nie mógł wykazać. Badania cystoskopem chora nie dozwoliła. W ośm miesięcy po operacyi umarła z powodu przerzutów rakowych; sekcyi nie wykonano.

Nawiązując do tego przypadku, podaje autor wskazania, w których należy przystąpić do przeszczepienia moczowodu do pęcherza; zabieg ten uważa za typowy i prawidłowy. Do wskazań tych zalicza: 1. wady wrodzone, n. p. nieprawidłowe ujście moczowodu; 2. zwężenie w dolnej części moczowodu; 3. obrażenia moczowodu; 4. przetoka moczowodu. *Dr. Karchezy.*

Górnicki Maryan: **Przyczynek do odżywiania tyfusowych.** (*Gaz. lek.* 1899. Nr. 46, 47, 48). Autor był lekarzem baraku miejskiego dla chorych zakaźnych w Wilnie i tam, mając większą liczbę chorych na dur brzuszny i osutkowy, próbował żywić ich w okresie gorączkowym, nie, jak to dotąd się czyni, dyetą ścisłą, ale przeciwnie, pożywieniem obfitem i złożonem z pokarmów stałych. Poszedł w tym kierunku za przykładem niektórych lekarzy angielskich i rosyjskich, którzy w durze podawali dyetę mięsną i obfitą, upatrując w tem wpływ dobroczynny na przebieg duru. Tem bardziej, że niektórzy chorzy na dur już w okresie gorączkowym mają znaczne łaknienie, sam więc ustrój niejako domaga się obfitego pożywienia, jak rozumuje autor. Opiera się w tem dalej na wzorze, wziętym z innych chorób gorączkowych, jak np. gruźlicy, w której podawanie obfitej dyety białkowej przysparza sił ustrojowi w walce z gorączką i zakażeniem, która to walka wprawdzie kończy się prawie zawsze niepomyślnie, przecież przez obfite pożywienie przedłuża się życie chorému.

Następnie rozbiera autor rozmaite dane, jakie posiadamy o czynności żołądka i jelit razem z wszystkiemi gruczołami, biorącymi udział w trawieniu, w czasie chorób gorączkowych, a w szczególności w durze. Z danych tych wyprowadza autor wniosek, że teoretycznie nic nie stoi na przeszkodzie, aby nie można odżywiać obficie i posilnie chorych na dur. Przeciwnie nawet, wycieńczenie ustroju w durze, zgadzając się z obrazem zwyczajnego wycieńczenia z głodu, stanowi wskazanie do natężonego odżywiania takich chorych.

Dlaczegoż jednak mimo tego lekarze dotąd nie podają chorym pokarmów obfitych i stałych? Wstrzymuje ich od tego obawa przedziurawienia kiszek lub też krwotoku kiszkowego. Przeciw temu przekonaniu powstaje autor, twierdząc, że przecież zmiany w kiszkach powstają powoli, stopniowo, a nigdy nagle, że dalej zmiany te leżą daleko od żołądka, że więc pokarmy stałe, doszedłszy do kiszek już w postaci miazgi, nie mogą obrazić ściany tak bardzo, aby aż doszło do przedziurawienia.

Dyeta, którą podawał autor chorym durowym w okresie gorączkowym, była następująca: rano między 8—9 godz. herbata z mlekiem i bułką, o 10 godz. pół kwarty mleka, o 1 godz. obiad złożony z rosołu, sztuki mięsa, kotletów wołowych lub cielęcych z bułką lub chlebem, przed obiadem dla pobudzenia łaknienia czasem dzwonko śledzia, po obiedzie kawa czarna lub kawa z mlekiem; o godzinie 6 zupa mięsna lub z masłem, o 8 godz. herbata z bułką. Jeżeli bułka (5 kopiejkowa) nie wystarczała choremu, dostawał jeszcze oprócz tego od $^1/_4$—$^1/_2$ funta chleba. Dyetę tę stósował autor u 150 chorych na dur (brzuszny 80 chorych i osutkowy 70 chorych). Śmiertelność ogółem wynosiła 2·6% (4 chorych), z czego przypada, licząc osobno na dur brzuszny 2·5%, a na dur osutkowy 2·85%.

W przypadkach z zejściem śmiertelnem powodem śmierci było: 1) powikłanie duru brzusznego z zapaleniem nieżytowem obu płuc; 2) zapalenie opon mózgowych; 3) autor przyczyny nie podaje, tylko dodaje, że chory ten nie jadł; 4) tak samo nie podaje powodu śmierci, tylko że chora ta nie jadła.

Śmiertelność wogóle była więc bardzo nieznaczna, jeżeli się ją porówna nawet z najbardziej nizkiem obliczeniem Benedicta i Schwarza, którzy podają dla duru w ostatniem dziesięcioleciu, kiedy osłabł znacznie *genius epidemicus*, odsetek śmiertelności = 10.

Dyeta pożywna i obfita z pokarmami stałymi ma więc podług autora wiele zalet, a nie przedstawia powodu do obaw. Sześć szczegółowych opisów przypadków popiera wnioski autora, który kończy pracę swą tymi słowy:

„Ponieważ poruszona przezemnie kwestya dotychczas mało liczy zwolenników wśród lekarzy, a otrzymane przezemnie wyniki tak wyraźnie świadczą o dodatnim wpływie obfitej i urozmaiconej dyety, przeto uważam sobie za obowiązek podzielić się nimi z ogółem kolegów, aby wspólnemi siłami, jeżeli na daleko większym materyale sprawdzą się moje spostrzeżenia, zwalczać stare przekonanie o bezwarunkowej potrzebie ścisłej dyety w okresie gorączki tyfoidalnej".

Redakcya *Gazety lekarskiej* uznała jednak za stósowne dodać do pracy autora przypisek, że godząc się w zasadzie co do potrzeby odżywiania chorych gorączkujących wogóle, a durowych w szczególności, przecież nie pochwala sposobu odżywiania, zalecanego przez autora. Dyeta ta bowiem zarówno ze względu na ilość, jak i na jakość pokarmów nie jest odpowiednią w durze brzusznym, zaś pomyślne wyniki autora zachęcają wprawdzie do dalszych prób w tym kierunku, opierają się przecież jak dotąd na za małej liczbie przypadków, wysnuwanie więc wniosków śmiałych jest dziś przedwczesne. *Dr. St. Eljasz-Radzikowski.*

Prof. Dr. Küster. **Osteoplastyczne wydłutowanie wyrostka sutkowego.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1899. Nr. 43). Aby zapobiedz szpetnym zagłębieniom, jakie pozostają po trepanacyi wyrostka sutkowego, postępuje R. tak, że przed właściwą trepanacyą wycina z wyrostka sutkowego płat skórno-okostnowo-kostny, kształtu językowatego z podstawą u góry. Płat ten załamuje ku górze, a po skończonej operacyi zlekka tamponuje jamę w kości gazą jodoformową, ponad nią opuszcza z początku wycięty płat, ustala go szwami, a gazę wyprowadza przez otworek umyślnie wycięty w tym celu na wierzchołku płatka. Przez ten też otwór później wydobywa gazę i wkłada nową, póki cała jama nie wypełni się ziarniną. *Herman.*

Mańkowski. **Szybki i prosty sposób rozróżnienia prątków durowych od prątków okrężnicowych** *(Russkij archiw patologii* Tom. 8. Zesz. 4. 1899). Badając wpływ rozmaitych drobnoustrojów na odbarwianie się pożywek barwnych, doszedł M. do wniosku, że wpływ ten zależy od oddziaływania pożywki i od własności redukujących hodowanej bakteryi. Pod tym względem prątek durowy zachowuje się inaczej, niż okrężnicowy, mianowicie pierwszy okazuje słabsze własności redukujące, niż drugi, na pożywkach obojętnych, wskutek czego zmiana barwy w hodowlach prątka okrężnicowego następuje szybciej i dokładniej, niż w hodowlach prątka durowego. M. udało się wytworzyć pożywkę barwy niebieskofioletowej, która pod wpływem prątka okrężnicowego przyjmuje w ciągu 36—72 godzin barwę zielonawą, a potem się odbarwia, pod wpływem zaś prątka durowego barwi się czerwono. Ten odczyn barwny można jednakże otrzymać także bardzo szybko, dodając do zwykłych, 2—3 dniowych hodowli obu prątków na agarze po parę kropli owej mięszaniny barwnej. Mięszanina ta składa się z dwóch płynów: A.) nasycony rozczyn wodny indygokarminu. B.) nasycony roztwór fuchsyny kwaśnej w 1% ługu potasowym. Do 1 ctm. sześć. płynu B. dodaje się 2 ctm. sześć. płynu A., w końcu 22 ctm. sześć. wody przekroplonej; mięszanina powinna mieć barwę ciemnobłękitną i oddziaływać słabo zasadowo. Dla otrzymania pożywek zabarwionych wystarczy dodać do zwykłej, (ale koniecznie obojętnej) pożywki parę kropli tej mięszaniny aż do zabarwienia błękitnofioletowego; do pożywki agarowej należy nadto dodać nieco ($^1/_3$—$^1/_2$%) glukozy.

Ciechanowski.

Curschmann (Lipsk). **Przyczynek do badania różyczki durowej na prątki durowe.** *(Münch. med. Wochenschft* No. 48. 1899) Autor, idąc za przykładem Neufelda, który używał do tych badań jedynie pożywki płynnej (bulion), a nigdy stałej, znalazł w różyczce durowej na 20 przypadków, 14 razy prątek durowy i dlatego twierdzi, że ten sposób badaniA daje najczęściej wynik dodatni.

Dr. Henryk Pisek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 9-go stycznia 1900 r.

Przewodniczący kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 39.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia zabrał głos kol. prof. Trzebicky i oświadczył, że zgadza się na umieszczenie odczytanego protokółu w »Przeglądzie lekarskim, żąda jednak, żeby na najbliższem posiedzeniu odczytano obszerniejszy protokół dający zupełny obraz poprzedniego posiedzenia, a przedewszystkiem zawierający przemowę kol. Boczara i wszystkie głosy, które w głosowaniach padły na poszczególnych kolegów. Protokół ten ma być po przyjęciu złożony w aktach.

Kol. prezes zawiadamia, że dnia poprzedniego odbyła się uroczystość jubileuszowa prof. Korczyńskiego, w której uczestniczył w imieniu Tow. na mocy uchwały komitetu; — zawiadamia następnie, że komisya przemysłowa przybrała dwóch nowych członków do swego grona, mianowicie prof. Bronisława Kadera i aptekarza p. Konstantego Wiszniewskiego.

Kol. Józefa Bednarskiego z Alwernii przyjęto w poczet członków.

Kol. Gwiazdomorski, jako skarbnik, odczytuje sprawozdanie kasowe.

Kol. Łepkowski oświadcza imieniem komisyi kontrolującej, że komisya ta przeglądała wszystkie książki kasowe i znalazła je w porządku.

Kol. Kwaśnicki w sprawie funduszu dyżurów nocnych żąda, aby komitet zastanowił się, czy funduszu tego nie należy zwrócić do źródła tj. do kasy gminnej miasta Krakowa. Po przemówieniu kol. Śliwińskiego, który oświadczył, że wobec małej ilości medyków Tow. ratunkowe będzie musiało zorganizować dyżury lekarskie i utworzyć 4 posady lekarzy i który radził wstrzymać się z oddawaniem pieniędzy aż do tego czasu, wniosek odesłano do komitetu.

Kol. Śliwiński interpeluje, jak się ma sprawa funduszu wdów i sierot po zmarłych lekarzach, czy wdowy po członkach Tow. lek. krak. pobierają zapomogi, i czy Tow. to ma jaki regres do Tow. lek. galicyjskich.

Kol. Gwiazdomorski wyjaśniał, że według sprawozdania Tow. lek. galicyj. w r. 1898 przeznaczyło przeszło 4.000 zlr. na wsparcia, nie wiadomo jednakże, ile z tego dostały wdowy po członkach Tow. lek. krak., gdyż naturalnie nie ogłasza się, kto pobiera wsparcie. Przemawiał jeszcze kol. Surzycki i Raczyński, wreszcie w sprawie tej postawiono następujące wnioski.

Kol. Trzebicky żąda wyjaśnienia: 1) czy wdowy po członkach Tow. lek. krak. żądały zapomóg ze Lwowa, czy nie, i jak wysokie w danym razie pobierają wsparcia; 2) żąda, żeby komitet rozpatrzył jaki jest stosunek naszych funduszów do funduszów Tow. lekar galicyjskich.

Kol. Murdzieński żąda wezwania delegatów Tow. lek. krak. we Lwowie, żeby corocznie przed posiedzeniem administracyjnem nadsyłali sprawozdanie ze spraw omawianych na walnem zgromadzeniu Tow. lek. galicyjskiego, dotyczących naszego Tow., a w szczególności zaś, żeby nadsyłali rachunki z funduszów, będących wspólną własnością obu Towarzystw.

Kol. Słapa żąda: 1) żeby Tow. lek. galicyj. rozsyłało drukowane sprawozdania wszystkim członkom Tow. lek. krak.; 2) aby komitet wyznaczył osobne posiedzenie ogólne do rozpatrzenia tego sprawozdania.

Wnioski te odesłano do komitetu, poczem podskarbiemu udzielono absolutoryum.

Kol. Ciechanowski, jako bibliotekarz, odczytuje sprawozdanie ze stanu biblioteki i rachunków bibliotecznych.

Kol. Trzebicky stawia wniosek, żeby kol. Ciechanowskiemu wyrazić podziękowanie za wzorowe prowadzenie biblioteki. Wniosek przyjęto oklaskami.

Kol. Ciechanowski wnosi, żeby wyrazić podziękowanie współpracownikom bibliotecznym i ofiarodawcom, w szczególności kol. Ściborowskiemu. Przyjęto.

Wysłuchano następnie sprawozdania sekretarza stałego, kol. Sroczyńskiego, z ruchu naukowego w Towarzystwie.

Kol. Raczyński, jako administrator „Przeglądu lekarskiego« składa sprawozdanie administracyjne. Kol. Łepkowski imieniem komisyi kontrolującej oświadcza, że wszystkie książki znaleziono w porządku, wnosi udzielenie absolutoryum i wyrażenie uznania. Przyjęto.

Kol. Wachholz składa sprawozdanie z czynności komisyi do roczników Virchowa-Hirscha. Kol. prof. Jakubowski wnosi, żeby wyrazić Wachholzowi podziękowanie za jego pracę. Wniosek przyjęto oklaskami.

Kol. Śliwiński składa sprawozdanie z czynności komisyi przemysłowej, a kol. prof. Browicz z czynności komisyi słownikowej, która ukończyła pracę nad słownikiem do litery *M.* Przyjęto do wiadomości.

Kol. Surzycki interpeluje w sprawie budowy domu Towarzystwa. Kol. prezes wyjaśnia, że istnieje osobna komisya, która się tą sprawą zajmuje. Sprawa jednak nie postępuje naprzód, bo niema funduszów, gmina miasta Krakowa odmówiła zaś gruntu pod budowę. Istnieje jednak zobowiązanie Tow. lek. galicyj., mocą którego Tow. to ma przyjść z pomocą kredytem, gdyby Tow. krak. przystąpiło do budowy własnego domu.

Kol. prof. Jakubowski wnosi gorące podziękowanie ustępującemu prezesowi. Przyjęto oklaskami.

Wreszcie przemówił ustępujący prezes kol. prof. Pieniążek. Rok ubiegły rozpoczął się smutno. Mieliśmy ciężko chorego kol. Kwaśnickiego, straciliśmy kol. Wiszniewskiego i członka honorowego Tow. Majera. Koniec jest weselszy, bo mieliśmy uroczystość jubileuszową prof. Korczyńskiego, dawnego prezesa Tow. Z drugiej strony padły teraz przykre słowa o partyach w Tow. lek. Kol. prezes wzywa wszystkich członków, żeby bez względu na zapatrywania, które wyznają, pracowali wszyscy dla dobra Towarzystwa.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacya sekcyi naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad*).

(Ciąg dalszy).

XIV. Sekcya chirurgiczna.

Złożona z 2 działów: *a)* chirurgia i ortopedya:

Gospodarz: Prof. Dr. Kader (*ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna*). — Sekretarze: Doc. Dr. Maksymilian Rutkowski (*Podwale 3*) i Dr. Jan Gawlik (*ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna*).

b) laryngologia i otyatrya:

Gospodarz: Prof. Dr. Przemysław Pieniążek (*Bracka 10*). — Sekretarz: Doc. Dr. Aleksander Baurowicz (*Rynek główny 16*).

Temata obrad:

W dziale *b*): „O leczeniu ropienia ucha średniego“ sprawozdawcy: Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa).

Temata obrad na wspólne posiedzenie z Sekcyą medycyny wewnętrznej obacz wyżej pod XIII.

XV. Sekcya dentystyczna.

Gospodarz: Doc. Dr. Wincenty Łepkowski (*Straszewskiego 26*). — Sekretarz: Dr. K. Wernikowski (*Rynek 6*).

Temat obrad:

„O leczeniu chorób miazgi zębowej“ sprawozdawcy: Dr. B. Dziorżawski i Dr. Idzikowski (Warszawa).

XVI. Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Gospodarze: Prof. Dr. Władysław Reiss (*Basztowa 25*) i Prof. Dr. Aleksander Zarewicz (*Floryańska 40*). — Sekretarze: Dr. Fr. Krzyształowicz (*Plac Matejki 3*) i Dr. St. Boczar (*ul. Kopernika, Szpital św. Łazarza*).

Temat obrad:

„O leczeniu kiły rtęcią“ sprawozdawca Dr. Fr. Krzyształowicz (Kraków), drugi sprawozdawca na razie nieoznaczony.

XVII. Sekcya chorób nerwowych i umysłowych.

Gospodarz: Prof. Dr. Stanisław Domański (*Szczepańska 9*).

Temata obrad:

1) „O ostrych zapalnych cierpieniach mózgowia“, sprawozdawcy: Dr. Edward Flatau, Dr. Wł. Gajkiewicz i Dr. Wizel (Warszawa).
2) „O padaczce“, sprawozdawcy: Dr. E. Bregman, Dr. Luxenburg i Dr. Wisłocki (Warszawa).

XVIII. Sekcya okulistyczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz (*Wolska 11*). — Sekretarz: Dr. K. W. Majewski (*ul. Kopernika, Klinika okulistyczna*).

Temata obrad:

1) „Jaskra pod względem patogenezy i terapii“ sprawozdawca: Doc. Dr. Franciszek Sroczyński (Kraków).
2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
3) „Znaczenie lecznicze i technika syndesmoplastyki“ sprawozdawca Prof. Dr. Wicherkiewicz (Kraków).
4) „Patologia jaglicy“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
5) „Walka z jaglicą, jako klęską społeczną“, sprawozdawcy: Dr. Z. Kramsztyk, Dr. Cetnarowicz i Dr. J. Steinhaus (Warszawa).

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza.

Gospodarz: Prof. Dr. Henryk Jordan (*Wiślna 5*). — Sekretarz: Dr. Stanisław Dobrowolski (*Kopernika 12*), — Komisarz Sekcyi we Lwowie: Prof. Dr. Antoni Mars (*Kościuszki*).

Temata obrad:

1) „O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej“, sprawozdawcy: Prof. Dr. A. Mars (Lwów) i Prof. Dr. H. Jordan (Kraków).
2) „Przyczyny i leczenie niepłodności“ sprawozdawcy Dr. Stępkowski i Dr. Zweigbaum (Warszawa).

XX. Sekcya medycyny sądowej i toksykologii.

Gospodarze: Prof. Dr. Józef Łazarski (*ul. Dietla 97*) i Prof. Dr. Leon Wachholz (*Basztowa 25*). — Sekretarz: Dr. Stefan Horoszkiewicz (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Sekcya nie umieszcza żadnych ogólnych tematów na porządku dziennym swych obrad.

XXI. Sekcya medycyny publicznej

(higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych, sprawy zawodowe).

Gospodarz: Prof. Dr. Odo Bujwid (*Kolejowa 3*). — Sekretarz: Dr. Leonard Bier (*ul. Strzelecka, Zakład badania środków spożywczych*).

Temata obrad:

1) „Badanie wód gruntowych“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
2) „Zapobieganie szerzeniu się gruźlicy“ sprawozdawca: Prof. Dr. Bujwid (Kraków). — Referat ten wygłoszony zostanie na posiedzeniu, poświęconem sprawie gruźlicy.
3) „Środki ku powstrzymaniu alkoholizmu“ sprawozdawca: Dr. K. Rychliński (Warszawa).
4) „Sprawa tak zwanej kontroli rynkowej środków spożywczych“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.
5) „Postępy w szerzeniu u nas wiadomości z zakresu higieny w ostatnich latach dziesięciu; jak w tym kierunku działaćby należało?“ sprawozdawca: Dr. L. Bier (Kraków).

XXII. Sekcya weterynarska.

Gospodarz: Prof. Dr. Seifmann (*Bernardyńska 13*). — Sekretarz P. Maksymilian Pappée (*Plac Matejki 9*).

XXIII. Sekcya prasy lekarskiej.

Gospodarz: Dr. A. Kwaśnicki (*Basztowa 4*). — Sekretarz: Prof. Dr. St. Ciechanowski (*Wielopole 4*).

Temata obrad:

1) „Sprawa ujednostajnienia polskiego wyrazownictwa lekarskiego, oraz sprawa błędów językowych w naszem piśmiennictwie lekarskiem“ sprawozdawca: Dr. Stanisław Markiewicz (Warszawa).
2) „Sprawa polemik“ sprawozdawca: Dr. Heliodor Święcicki (Poznań).
3) „Zorganizowanie działu korespondencyi we wszystkich czasopismach lekarskich polskich“ sprawozdawcy: Dr. Święcicki (Poznań), Dr. Karol Rychliński (Warszawa).
4) „Organizacya sprawozdań dla prasy lekarskiej zagranicznej“ sprawozdawca: Dr. K. Rychliński (Warszawa).
5) „Czy i jakie reformy są potrzebne w polskich czasopismach lekarskich, aby je uczynić odpowiedniejszemi celowi?“ sprawozdawca Dr. S. Sterling (Łódź).

B. Samodzielne wykłady i demonstracye zgłoszone po dzień 1-go lutego 1900 r.

Ostateczny termin zgłaszania wykładów upływa z dniem 1-go czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być odrazu dołączone krótkie streszczenie wykładu dla »Dziennika Zjazdu«.

I. Sekcya matematyczno-fizyczna.

1) S. Dickstein (Warszawa). „O teoryi liczb“.
2) Prof. Dr. J. Puzyna. „Z teoryi całek algebraicznych“.
3) Prof. Zakrzewski (Lwów). „Obecny stan znajomości dynamicznego równoważnika ciepła“.
4) Dr. Smołuchowski, „O najnowszych postępach na polu cynetycznych teoryi materyi“.
5) Prof. Dr. M. Rudzki (Kraków). „O ruchu obrotowym ziemi“.

II. Sekcya chemiczna.

1) Dr. Ludwik Brunner (Kraków). „Nowsze postępy w dziedzinie chemii fizycznej“. (6)
2) Dr. Tadeusz Estreicher (Kraków). „Nowopoznane składniki atmosfery“. (7)
3) Dr. L. Marchlewski (Manchester), „Chemia chlorofilu“. (8)
4) Prof. Dr. Karol Olszewski (Kraków). „Przyrządy, służące do skraplania gazów“. (9)
5) Dr. Stanisław Tołłoczko (Kraków). „Nowe metody oznaczania ciężaru drobinowego“. (10)

---

*) Przypadkiem opuszczono w Nrze 5 »Przeglądu lekarskiego« w Sekcyi XIII w dziale *b* temat obrad:

3) „Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą“ sprawozdawca Doc. Dr. Jan Raczyński (Kraków).

III. Sekcya mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

1) Prof. Dr. Dunikowski. „Flysz w Atlasie". (11)
2) Dr. Józef Grzybowski. „Ostatnie rezultaty badań otwornicowych z galicyjskich piaskowców karpackich". (12)
3) Prof. Maryan Łomnicki. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich". (13)
4) Prof. Dr. Zuber. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich". (14)
5) Prof. M. Łomnicki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi". (15)
6) Prof. Dr. Siemiradzki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi". (16)
7) Prof. Syroczyński. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi". (17)
8) Prof. Dr. Zuber. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicyi". (18)
9) Prof. Dr. Siemiradzki. „O perisfinktach". (19)
10) Prof. Syroczyński. „O mapie zagłębia węglowego polskoszląskiego". (20)
11) Prof. Dr. Szajnocha. „O stratygrafii galicyjskiego flyszu". (21)

VI. Sekcya przyrodniczo-rolnicza.

1) Stanisław Chełchowski. „O potrzebie systematycznych badań geologiczno-rolniczych ziem polskich". (22)
2) Karol Huppenthal. „O wpływie przesuszenia ziemi na przyswajalność związków azotowych w jej próchnicy". (23)
3) Adam Karpiński. „O wpływie wilgotności na rozwój gorczycy i owsa i pobieranie przez nie azotu". (24)
4) Dr. Rogoyski. „Badania geologiczno-rolnicze i chemiczne nad bielicami Królestwa Polskiego". (25)
5) Dr. Sempołowski. „O przyrodzonych podstawach uszlachetniania roślin uprawnych". (26)
6) Dr. Siomiątkowski. „O pobieraniu baru przez rośliny". (27)

X. Sekcya psychologiczna.

1) Abramowski. „Psychologia syllogizmu". (28)
2) Appel. „Poczucie językowe ze stanowiska psychologicznego". (29)
3) Dawid. „O właściwem zastosowaniu prawa Webera do pojęć „fortune physique" i „fortune morale". (30)
4) Dawid. „O psychologicznej podstawie klasyfikacyi sądów". (31)
5) Dawid. „O zasadzie odpowiedniości między procesami psychicznymi a mózgowymi". (32)
6) Dr. E. Flatau. „Znaczenie anatomii i fizyologii mózgu dla wyjaśnienia zjawisk psychicznych". (33)
7) Karpowicz. „Co w sprawie wychowania wspólnie zdziałać możemy?" (34)
8) Dr. Korniłowicz. „Historyczne przedstawienie pojęcia woli". (35)
9) W. M. Kozłowski. „Połączenie chemiczne jako problemat teoryi poznania". (36)
10) Adam Mahrburg. „Krytyka intellektualizmu w psychologii spółczesnej". (37)
11) Adam Mahrburg. „Co należy rozumieć przez syntezę psychiczną?" (38)
12) Dr. Massonius. „Zasada przyczynowości w psychologii". (39)
13) Dr. J. Ochorowicz. „Stosunek psychologii do pedagogii". (40)
14) Dr. Radziwiłłowicz. „Terminologia psychologiczna". (41)
15) Prof. H. Struve, (tytuł wykładu podany będzie później) (42)
16) Dr. Wizel. „Stosunek psychologii do psychiatryi". (43)
17) Dr. Wizel. „Mechanizm psychiczny powstawania urojeń". (44)

XI. Sekcya anatomiczno-fizyologiczna.

1) Dr. Edward Flatau i Dr. Bronisław Sawicki (Warszawa) „Badania doświadczalne i drobnowidowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych" (na posiedzeniu wspólnem Sekcyj medycyny teoretycznej z Sekcyą chirurgiczną). (45)
2) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „Zakończenie nerwów w sercu". (46)
3) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „Zachowanie się terpenów w ustroju". (47)

XII. Sekcya patologiczna.

1) Dr. Julian Steinhaus (Warszawa). „O mięsakach". (48)
2) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „W sprawie dżumy. (Badania chemiczno-biologiczne)". (49)
3) Dr. Jakowski (Warszawa). „Udział drobnoustrojów w powstawaniu zakrzepów". (50)
4) Porównaj XI. 1. (45)

XIII. Sekcya medycyny wewnętrznej.

1) Dr. Witosław Dąbrowski (Warszawa). „Alkohol jako środek leczniczy ze stanowiska klinicznego". (51)
2) Dr. J. Goldbaum (Warszawa). „O zastosowaniu elektryczności w leczeniu chorób przewodu pokarmowego". (52)
3) Dr. Walenty Jeż (Wiedeń) „Pogląd na leczenie chorób ostrych". (53)
4) Dr. Jekeles. „O zasadach termo-, mechano- i kinesiterapii, ich uprawnieniu i stosowaniu". (54)
5) Dr. Wawrzyniec Kędzior (Kraków). „O leczeniu błednicy". (55)
6) Doc. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków). „O rodzajach ciałek białych w plwocinie". (56)
7) Dr. Stanisław Kwiatkowski (Kraków). »*Asthma bronchiale*«. (57)
8) Dr. Adam Lande (Warszawa). „O tak zwanej niedomodze nerek". (58)
9) Dr. Ignacy Lemberger (Kraków). „Pogląd na najnowsze leki ze stanowiska chemicznego, farmakologicznego i leczniczego". (59)
10) Dr. Józef Zawadzki (Warszawa). „Dyeta mleczna w cierpieniach żołądka i kiszek". (60)

XIV. A. Sekcya chirurgiczna.

1) Dr. E. Flatau i Dr. Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specyalnem uwzględnieniem odruchów" (na posiedzenie wspólne Sekcyi chirurgicznej z Sekcyą chorób nerwowych). (61)
2) Porównaj XI. 1. (45) (Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 lutego.

* Na posiedzeniu nadzwyczajnem Towarzystwa lekar. krak., odbytem w d. 31 z. m., po odczycie kol. prof. Bujwida: »O epikryzie śmierci śp. Dr. N. Kostaneckiego, nastąpił szereg przemówień, które, wraz z odczytem kol. prof. Bujwida, jako wyjaśniające doniosłą sprawę bieżącą, a jednocześnie rzucające światło na kilka zagadnień zasadniczych, z odczytem kol. prof. Bujwida w związku będących, podajemy na innem miejscu, nie odkładając do sprawozdania z kolei, które w rubryce protokołów dopiero za parę tygodni okazać by się mogło.

Po wysłuchaniu tych przemówień Towarzystwo lek. krak. jednomyślnie przyjęło zasadniczą myśl wniosków kol. dra H. Hirscha, które w stylistycznem opracowaniu Komitetu Towarzystwa lekar. brzmią jak następuje: 1) Stanowisko profesora Uniwersytetu odnośnie do badań i doświadczeń naukowych było, jest i pozostać musi dla dobra i rozwoju nauki, a tem samem dla dobra społeczeństwa, samodzielnem i niezależnem. Stąd uważane być winny artykuły wspomnianych dzienników, przedstawiające doświadczenia kol. prof. Bujwida nad dżumą jako niepotrzebne, niebezpieczne. a nawet barbarzyńskie, za bezkrytyczne, bezcelowe, siejące niepotrzebnie popłoch wśród publiczności i wreszcie dające tejże publiczności sposobność do komentarzy, uwłaczających zupełnie niesłusznie powadze poszczególnych katedr naukowych, a tem samem naszemu Uniwersytetowi. — 2) Towarzystwo lekarskie wyraża przekonanie, że doświadczenia nad dżumą w ogólności, a dążność do otrzymania szczepionek i surowicy przeciwdżumowej w szczególności, są potrzebne, a nawet konieczne, wobec łatwej możliwości przedostania się tej strasznej choroby do kraju. — 3) Towarzystwo lekarskie wyraża uznanie i podziękowanie koledze prof. Bujwidowi za to, że nie chcąc wobec groźnego niebezpieczeństwa pozostawić społeczeństwa bezradnem i bez środków, podjął się z własnej inicyatywy z narażeniem swego życia doświadczeń dżumowych, zmierzających do tego, by w przyszłości zaopatrzyć społeczeństwo w środki potrzebne do zwalczania tego strasznego wroga, który jeżeli gdzie, to z pewnością u nas w kraju zrobiłby wielkie spustoszenie. — 4) Wreszcie uchwaliło Towarzystwo następujący wniosek kol. prof. Nowaka: Wobec możliwości dostania się dżumy do nas, Towarzystwo lekarskie postanowiło wybrać komisyę, któraby przedstawiła memoryał, określający kierunek, w jakim winny być porobione środki zaradcze dla zapobieżenia, a w razie potrzeby dla przygotowania środków obronnych przeciw tej zarazie w kraju.

* D. wczorajszego odbyło Towarz. lekar. krak. posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu spraw administracyjnych, miał wykład kol. prof. Browicz: „O budowie przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunku do naczyń krwionośnych włoskowatych.

* Na dwóch ostatnich posiedzeniach Tow. lekar. krak. wybrani zostali członkami czynnymi następujący koledzy: Doboszyński L., Dobrowolski S., Jaugustyn S., Miszewski S., Wąsowicz Z. i Wernikowski W.

* W jednej ze sal szpitala św. Ducha w Warszawie wmurowano popiersie bronzowe prof. J. Kosińskiego.

* Nagrodę 900 Mk. na międzynarodowym konkursie Unny w Hamburgu otrzymał za pracę »O elacynie« Dr. Franciszek Krzyształowicz, krakowianin, do niedawna sekundaryusz prof. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza, a obecnie bawiący w Paryżu.

— W. P. Dr. Julianowi Łuckiemu z Oświęcima składam serdeczne podziękowanie za ofiarowane Bibliotece Towarz. lek. krak. 4 skrzynie różnych pism lekarskich.

Dr. L. K. Gliński
Bibliotekarz Towarzystwa lekar. krak.

(*Z. D.*). Po śp. Dr. Wasylewskim, lekarzu powiatowym w Rohatynie, zostało bardzo wiele narzędzi chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych i dentystycznych, wszystkie prawie nowe, świeżo odniklowane. Pozostała wdowa radaby te narzędzia sprzedać, choćby ze znacznym opustem. Pragnący skorzystać z tej okazyi powinien się zgłosić do wdowy, Pani Wandy Wasylewskiej, w Rohatynie.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniwer. Jagiell. otrzymał Samuel Hopfen.

* Dyrekcya berlińskiego szpitala »Charité« uchwaliła urządzić w końcu lutego i przez cały marzec bezpłatne odczyty dla lekarzy Kas chorych o wartości i metodach wczesnego rozpoznawania i leczenia gruźlicy. W kursach tych oświadczyli gotowość wzięcia udziału: Leyden, Gerhardt, Senator, Fränkel i b. wielu innych.

* Z inicyatywy międzynarodowej Rady sanitarnej w Aleksandryi postanowił zarząd kwarantanowy ustanowić 5 posad dla lekarzy, którzy mają być czynni od kwietnia do września, tj. podczas wędrówki pielgrzymów, w kwarantanowej miejscowości Tor. Wiadomość ta została jednak zapóźno przez dzienniki podana, gdyż termin zgłaszania się upłynął w d. ostatnim m. stycznia.

* Doroczny Zjazd niemieckich psychiatrów zbierze się we Frankfurcie n. M. d. 20 i 21 kwietnia b. r.

* Izba lekarska w Voralbergu, poparta przez kilka innych, wysłała umotywowane podanie do ministra spraw wewnętrznych, w celu uzyskania autentycznego objaśnienia zakresu działania Izby i kompetencyi sądów honorowych. Podanie to leżało półtora roku bez odpowiedzi, aż wreszcie, na kilkakrotnie powtórzone dopominanie się Izby Voralbergskiej odpowiedziało ministerstwo, że ponieważ podanie jest właściwie rekursem, a w tym względzie Izbie prawo to nie przysługuje, więc jako niedozwolone, zostało zwrócone.

„Wiener med. Presse«, z której tę wiadomość czerpiemy, czyni od siebie uwagę, że ponieważ zdanie o tym wyroku ministeryalnym jest „wolne od cła«, więc mogą sobie Izby austryackie nabrać należytego przekonania, w jakiej mierze mogą i powinny one liczyć na opiekę i poparcie rządu.

* Wskutek wojny z Boerami rząd angielski zakazał wywozu kwasu karbolowego z granic Anglii. Ponieważ przetworu tego wiele spotrzebowuje się dla wyrobu ciał wybuchowych, więc zagrożeni w swym bycie właściciele fabryk udali się do rządu z prośbą o odwołanie zakazu.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. Goldscheider z Berlina mianowany został prof. zwyczaj. medycyny wewn. w Gryfii. Dr. Luschau mian. prof. nadzwycz. antropologii w Berlinie. Doc. Nikolski mian. prof. nadzw. chorób skórnych i wenerycznych w Warszawie.

Nekrologia. Prof. patol. anatomii, Dr. Brunetti, zmarł w Padwie. Prof. ogólnej patologii, Dr. Valenti, zmarł w Rzymie. Prof. ginekologii, Dr. Mason, zmarł w Dublinie. Prof. ogólnej i doświadczalnej patologii, Dr. Filip Knoll, zmarł w Wiedniu, w 59 r. życia. Dr. Walery Dobrucki zmarł w Szarogrodzie, w 67 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie okulistycznym* Nr. 1: Strzemińskiego I.: Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej. Prof. Wicherkiewicza: O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci. W *Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego* Zeszyt IV: Neugebauera F.: Rzadkie spostrzeżenie torbieli macicznej, usuniętej na drodze amputacyi macicy przy pomocy cięcia brzusznego. Neugebauera F.: Czy całość worka owodnej jest niezbędną dla dalszego rozwoju płodu po pęknięciu kosmówki i ściany legowiska płodu lub nie? Dra Kohlbergera: O zasadniczych, tj. typowych postaciach chorób umysłowych, pojedyńczych, złożonych i powikłanych (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 2: Dra Miklaszewskiego W.: O nierówności zmiennej źrenic (dok.). Brunnera J.: Srebro rozpuszczalne i jego wartość lecznicza. W *Zdrowiu* Nr. 172: Dra Podolskiego K.: Szkoły ludowe. Dra Pełczyńskiego: Przyczynek do higieny szkół ludowych. Dra Sawickiego A.: Kąpiele dla robotników fabrycznych w cukrowni »Leonów". W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 1: Essigmana: O koronach złotych jednolitych. Doc. Dra Łepkowskiego: Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 2: Steinhausa J.: Nowotwory, ich przyczyny i klasyfikacya w świetle poglądów współczesnych. Strzemińskiego J.: Epidemia duru wysypkowego na Litwie w r. 1812—1813. Dra Stella-Sawickiego J.: Ś. p. Dr. Franciszek Hoszard. Dra Peszke: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem (c d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 5: Rzętkowskiego K.: O wpływie wyciągu mięsnego i ksantyny na wydzielanie kwasu moczowego. Gabszewicza A.: Wysadzenie gałki tętniącej (c. d.). Dra Ciąglińskiego A.: Z patologii komórki nerwowej (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Landau Jan: Sarkom des Hodens bei einem Kinde. Metastase im Gehirn und Rückenmark (Odbitka z *klin.-therap. Wochenschrift*, Nr. 2, 1900).

— Doc. Dr. Bącz R.: O całkowitem wykluczeniu jelita (Odbitka z *Przegl. lekar.* Nr. 49 - 52, 1897).

— Tenże: Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka (Odbitka z *Gaz. lek*, 1899).

— Tenże: W sprawie etyologii niedrożności jelit po resekcyi i całkowitem wyłączeniu jelita grubego i *ileocoeci* (Odbitka z *Przeglądu chirurg.* T. III, Z. IV, 1897).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 13, 1897).

— Tenże: Przypadek rany kłótej klatki piersiowej w okolicy serca; wypadnięcie płuca, wybroczyna piersiowa, odma osierdzia, wyleczenie (Odbitka z *Przegl. lekar.* Nr. 46, 1899).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47, 1899).

— Tenże: Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia jelita z całkowitem zamknięciem wykluczonej pętli, zarazem przyczynek do osiowego łączenia jelita (Odbitka z *Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego*, 1899).

— Tenże: To samo po niemiecku (Odbitka z *Archiv f. klin. Chirurgie*, 58 Bd., Heft 1).

— Tenże: Przyczynek do techniki antroattikotomii (Odbitka z *Przegl. lekar.* Nr. 2, 1900).

— Tenże: Zwei Gastroenterostomien mittels Kohlrübenplatten (Odbitka z *Centr. f. Chirurgie* Nr. 51, 1899).

— W sprawie sanatoryów ludowych. Wydanie zbiorowe staraniem Dra S. Sterlinga Łódź, 1900.

— Dr. Nartowski M.: Choroba Thomsena, dilatatio ventriculi cum gastritide acida wyleczenie. Kraków, 1900.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**